

Diss.med. 243 / 35

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON

FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME

BY
JOSEPH NEALE

VOLUME I.

FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME

BY
JOSEPH NEALE

BOSTON
1845

Published by
JOSEPH NEALE, 10 NASSAU ST.

By the
JOSEPH NEALE, 10 NASSAU ST.

BOSTON
1845

Diss. med. 243 (35.

ZWEIUNDFÜNFZIG FÄLLE

VON

HASENSCHARTEN

Ein Beitrag zur operativen Behandlung derselben.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

hohen medizinischen Fakultät zu Bern

vorgelegt von

Georg Bein,

prakt. Arzt, von Bern, gewesener Assistent an der chirurgischen Abtheilung des Herrn Prof. Dr. Girard,
Inselspital Bern.

Auf Antrag des Herrn Prof. Kocher von der Fakultät zum Drucke genehmigt.
Bern, 9. Juli 1890.

Der Decan: R. Demme.

Schweizer Spende - Bücherhilfe
~~Don Suisse~~ ~~Ande par le Livre~~
Swiss Relief - Book Donations

Bern.

Buchdruckerei Jent & Reinert.
1890.



VEREINIGTE KÖNIGREICH VON GROSSE BRITANNIEN

IN DER KÖNIGLICHEN BUCHHANDLUNG

VERLAG VON

1843

VERLAG VON

VERLAG VON

VERLAG VON

VERLAG VON

VERLAG VON

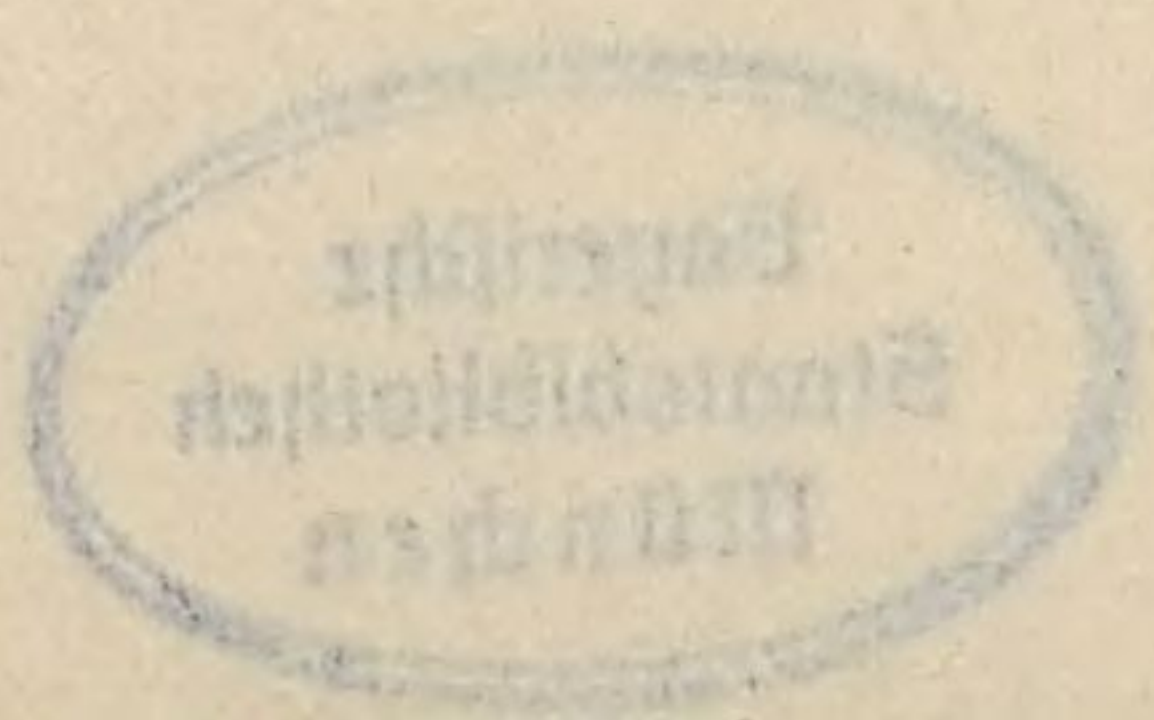
VERLAG VON

VERLAG VON

VERLAG VON

VERLAG VON

Verlag von
Verlag von
Verlag von



Seiner lieben Mutter

aus Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

1900

1900

Zweiundfünfzig Fälle von Hasenscharten.

Ein Beitrag zur operativen Behandlung derselben.

Die vorliegende Arbeit bezweckt vor allem die Veröffentlichung der Resultate einer Operationsmethode von einseitigen schwierigeren Hasenscharten, wie dieselbe in den letzten Jahren (1884—1889) von Herrn Prof. Dr. Girard an seiner chirurgischen Abtheilung im Inselspital Bern, mehrmals angewendet worden ist.

Im Fernern aber soll an Hand von zweiundfünfzig, an oben erwähnter Stelle operirten Fällen ein Beitrag geliefert werden, in Bezug auf das Auftreten, Heredität, Mortalität etc. der betreffenden Mißbildung.

Von der Ansicht ausgehend, daß es kaum dem Zwecke dieser Arbeit entsprechen würde, näher auf die embryologischen Verhältnisse, namentlich aber auf den noch unentschiedenen Streit zwischen Köl liker und Albrecht einzugehen, begnüge ich mich mit den Angaben der betreffenden Literatur ¹⁾

¹⁾ Literatur über Wolfsrachen und Hasenscharten: 1) Volkmann, Langenbeck's Arch. II; 2) Kraske, ib. XX; 3) Förster, Die Mißbildungen des Menschen, Jena 1861; 4) Albrecht, Arch. f. Chir. XXXI, Fortschr. der Med. III 1885 und Biol. Centralbl. V; 5) Th. Köl liker, Ueber das Os intermaxillare des Menschen und die Anatomie für Hasenscharte und des Wolfsrachens, Halle 1882; 6) Stöhr, Arch. f. klin. Chir. XXXI 1885; 7) A. v. Holliker, Lehrb. d. Entwicklungsgeschichte und Sitzber. d. Würzburger Phys. med. Ges. 1885; 8) v. Meyer, Deutsche Zeitschr. f. Chir. XX; 9) Lancereaux, Traité d'anat. pathol. I, Paris 1875—1877; 10) His, Anatomie menschlicher Embryonen III, 1885; 11) Müller, Die Hasenscharten der Tübinger chir. Klin. i. d. J. 1843—1885 Tübingen 1885; 12) Bartels, Ueber vernarbte Lippenspalten, Arch. f. Anat. u. Phys., 1872; 13) Morian, Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 47.

und gehe sofort zur Eintheilung der Hasenscharten nach ihrem klinischen Bilde über.

Wir unterscheiden je nach der Seite, auf der die Lippenspalte sich befindet, linksseitige, rechtsseitige und doppelseitige Hasenscharten. Geht die Spaltung der Oberlippe nicht bis in das Nasenloch, so sprechen wir von einer partiellen, im andern Falle aber von einer totalen Hasenscharte.

Erstreckt sich die Spaltbildung auch auf den Alveolarfortsatz, den harten oder weichen Gaumen, so haben wir es mit einer komplizirten Hasenscharte zu thun. Diese Komplikation kann natürlich eine sehr mannigfaltige sein; doch habe ich mich in vorliegender Arbeit zur Aufstellung der Statistik nur mit der Diagnose, ob die Hasenscharte komplizirt oder unkomplizirt sei, begnügt, da mir für die Fälle aus den frühern Jahren keine genaueren Angaben zur Hand und solche auch nicht leicht erhältlich waren. So weit ich jedoch in Erfahrung bringen konnte, habe ich auch eine eigene Tabelle über die Art der Komplikation beigefügt.

Wir haben es also zu thun mit:

linksseitigen	}	totalen	}	komplizirten	}	Hasenscharten
rechtsseitigen						
doppelten		partiellen		unkomplizirten		

Heredität und Vorkommen.

Nach einer Zusammenstellung von Fröbelius aus dem St. Petersburger Findelhause kommt auf 2400 Kinder 1 Hasenschartenkind. Weitere Angaben über das Vorkommen sind bis jetzt nicht vorhanden oder mir nicht zugänglich gewesen.

Ueber die Aetiologie dieser Mißbildung sind wir bis jetzt leider noch im Unklaren. Ob die Ursache im mütterlichen Organismus zu suchen ist oder ob sie am Fœtus selbst liegt, darüber sind auch bis jetzt keine sicheren Beweise zu Tage gefördert worden und gehören alle Erörterungen zum großen Theile nur der Wahrscheinlichkeit an.

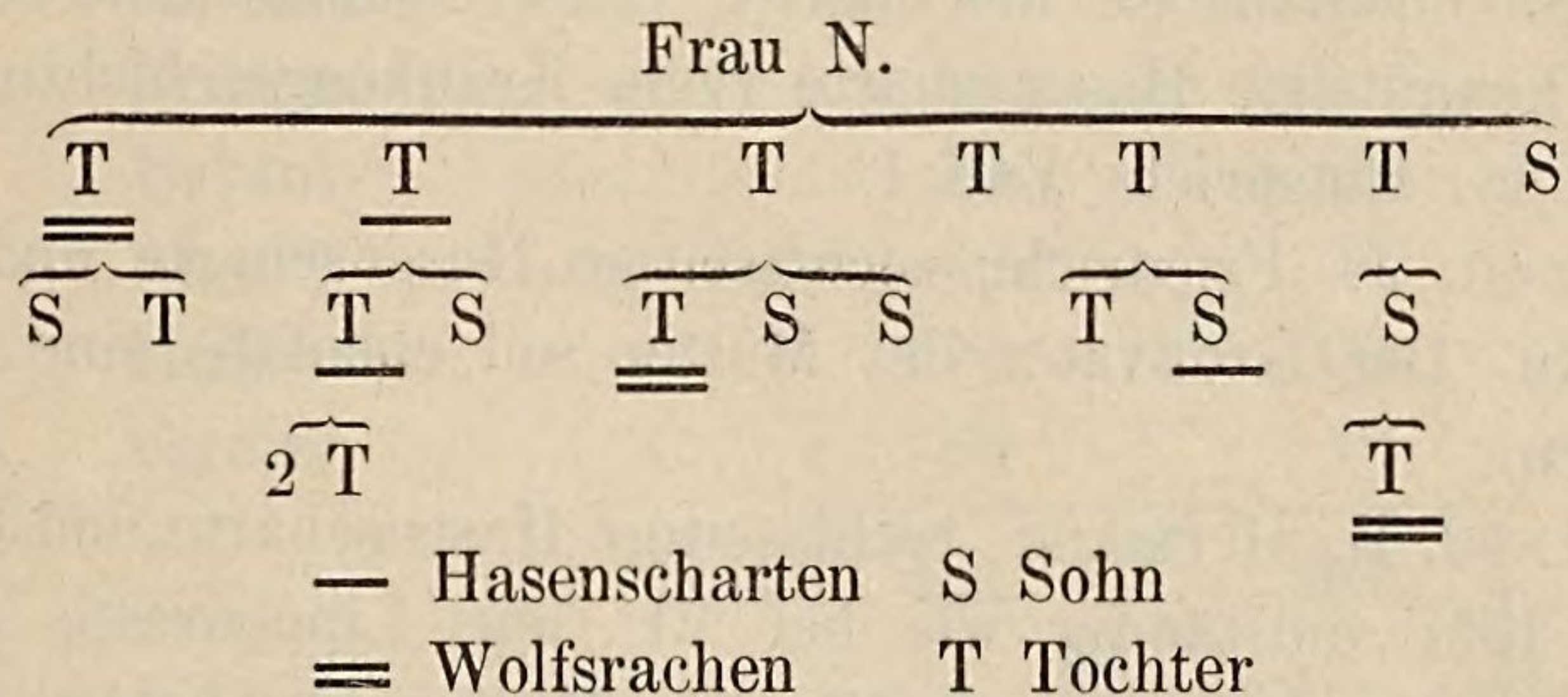
Ich habe mir bei der Zusammenstellung auch in dieser Hinsicht Mühe gegeben, irgend eine Aufklärung von Seite der Mütter mündlich oder schriftlich zu erhalten, bin leider jedoch nicht glücklicher gewesen, als alle meine Vorgänger. Auch mir wurde zum größten Theile, wie es schon Herrmann ¹⁾ geschehen, die Antwort zu Theil, daß die Mütter die Schuld der Miß-

¹⁾ Herrmann: Beiträge zur Statistik und Behandlung der Hasenscharten. J. D., Breslau 84.

bildung auf ein Versehen oder einen Schreck während der Schwangerschaft schieben. Bald sind es schwarze Katzen, Hunde, Leute mit mißgestaltetem Gesichte, einmal der Anblick eines Hasenschartenkindes selbst, der einen Einfluß auf die Frucht gehabt haben soll. Solche Angaben sind ja nicht wohl von der Hand zu weisen und verdienen doch einigermaßen ihre Berücksichtigung, wenn sie auch mit großer Vorsicht aufzunehmen sind. Und in der That, fanden bei näherer Nachforschung alle diese Ereignisse in einer viel späteren Zeit statt, als wir nach unseren Kenntnissen über den embryologischen Vorgang annehmen dürfen, daß dieses Versehen noch einen Einfluß auf den Fœtus in utero hätte haben können.

Ein weiterer Punkt betrifft die Frage der Heredität. Wiewohl diese Frage von verschiedenen Seiten (Bruns, Butcher, Geoffray, St.-Hilaire) entschieden verneint wird, so sprechen doch manche Angaben dafür, daß eine gewisse Vererbung von Eltern auf die Kinder nicht zu leugnen ist.

Ein unzweideutiger Beleg hiefür ist ein Stammbuch einer Familie, den Passavant¹⁾ mittheilt. Aus demselben geht hervor, daß von 24 Familienmitgliedern 7 mit Wolfsrachen oder Hasenscharten behaftet waren.



Aus dieser Tafel geht eine Prädisposition des weiblichen Geschlechtes und eine Abnahme derselben für die jüngeren Glieder der Familie hervor.

Fritsche²⁾ erzählt von 5 Fällen, bei denen sich in früheren Generationen Hasenscharten vorfanden, in weiteren fünf Fällen hatten die gleichen Eltern mehrere Hasenschartenkinder.

Herrmann³⁾ erwähnt, daß von 197 Fällen nur 7 Mal ein mehrfaches Vorkommen der Mißbildung in der Verwandtschaft hat konstatirt werden können.

¹⁾ O. Weber, Krankheiten des Gesichtes; Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie. Billroth und Pitha 1866, p. 76.

²⁾ Fritsche, Beiträge zur Statistik und Behandlung der angeborenen Mißbildungen des Gesichts. Zürich 1878.

³⁾ Herrmann, l. c.

Eigenbrodt ¹⁾ fand von 44 Fällen 5 Mal solche mit erblicher Belastung.

Als ich über unsere Patienten Erkundigungen eingezo gen, habe ich mich auch nach dem Vorkommen von Hasencharten in der Familie erkundigt und theile nachfolgende Resultate mit:

I. Nr. 4. L., Bertha. 4 Monate alt. Linksseitige komplizirte Hasenscharte. Ein Bruder hat ebenfalls Hasenscharte (Nr. 35) und wurde von uns operirt. Dieselbe fand sich rechtsseitig und war ebenfalls komplizirt. Bertha war das dritte und Jakob das sechste Kind. Bei den andern ist nichts zu finden.

II. Nr. 5. L., Louise; doppelseitige komplizirte Hasenscharte. Auch ein Bruder hatte eine doppelseitige komplizirte Hasenscharte, starb aber schon 4 Wochen nach der Geburt ohne Operation.

III. Nr. 24. F., Karl; linksseitige komplizirte Hasenscharte. Ein Bruder, gestorben, hatte eine Hasenscharte und Wolfsrachen, genauere Angaben fehlen.

IV. Nr. 25. M., Ernst; rechtsseitige komplizirte Hasenscharte. Ein Bruder (Nr. 47) wurde ebenfalls von uns operirt. Derselbe hatte eine rechts partielle, links totale komplizirte Hasenscharte (vide Krankengeschichten).

V. Nr. 35. Entspricht Fall I.

VI. Nr. 40. J., Friedrich; rechtsseitige Hasenscharte und vollständige Gaumenspalte. Der Großvater der Mutter soll ebenfalls eine Hasenscharte gehabt haben.

VII. Nr. 43. B., Hermann; rechtsseitige Hasenscharte und Gaumenspalte vollständig. Bild vollständig wie bei VI, nur Lippenreste etwas höher. Dieser Patient ist verwandt mit VI; die Mütter von beiden Kindern sind Cousinen.

VIII. Nr. 46. L., Karl; rechtsseitige einfache Lippenspalte. Von 6 Brüdern und 4 Schwestern hat Patient und 2 Brüder Hasenscharten. In aufsteigender Linie keine Hasenscharten. Der Bruder soll ebenfalls nur eine einfache Hasenscharte haben.

IX. Nr. 47. Bruder von IV.

Es läßt sich also bei unsern zweiundfünfzig Fällen 9 Mal eine gewisse Erblichkeit nachweisen, was einem Verhältniß von 19 % gleichkommen würde. Fritsche ²⁾ berechnet aus seinem Materiale 20 %.

¹⁾ Eigenbrodt, Beitrag zur Statistik der Hasenschartenoperationen. Berliner klin. Wochenschrift 1887, Nr. 6.

²⁾ Fritsche, l. c.

Was die anderen Mißbildungen anbelangt, wie man sie bei Hasenschartenkindern findet und die von Köl liker ¹⁾ ausführlich zusammengestellt worden sind, so fanden wir bei unseren Fällen 1 Mal 3 Unterlippenfisteln. Pat. Nr. 34; 7 Mal finden wir die Angabe, daß Kinder der gleichen Eltern Hasenscharten besaßen, während nur 3 Mal sich Angaben auf die Mißbildung in der Verwandtschaft entfernteren Grades vorfinden.

Daß nach solchen Angaben, die sich wohl leicht vervollständigen und zusammenstellen ließen, eine gewisse Erblichkeit nicht von der Hand gewiesen werden darf, scheint für mich fest zu stehen.

Betheiligung der Geschlechter.

Ueber die Betheiligung der Geschlechter fanden sich in den verschiedeneu Arbeiten folgende Angaben:

	M.	W.
Herrmann ²⁾	118	79
Fritsche ³⁾	30	22
Bryant ⁴⁾	30	17
Abel ⁵⁾	60	30
Müller ⁶⁾	170	100
Girard	33	19
Total	441	267

was einem Verhältniß von 62 % männlicher und 38 % weiblicher Betheiligung entsprechen würde.

Die Art der Lippenspalten, ob sie rechtsseitig, linksseitig oder doppelt gewesen, ergibt sich aus folgender Zusammenstellung:

¹⁾ Köl liker, Ueber das Os intermaxillare des Menschen und die Anatomie der Hasenscharte und des Wolfsrachens. Halle 1882.

²⁾ Herrmann, l. c.

³⁾ Fritsche, l. c.

⁴⁾ Bryant, The surgery of the mouth pharynx etc. Guys Hospital Reports 1861.

⁵⁾ Abel, Die Beiträge zur Statistik der Mortalität nach Hasenscharten-Operationen. J. D. Göttingen 1885.

⁶⁾ Müller, l. c.

	L.	R.	D.
Herrmann . . .	97	38	62
Fritsche . . .	28	12	12
Abel	58	20	36
Groll ¹⁾ . . .	19	6	—
Müller . . .	142	62	66
Girard . . .	28	13	11
Total	372	151	187

daraus geht hervor, daß sie links in 52 %, rechts in 21 % und doppelt in 27 % der zusammengestellten Fälle vorkommt. Eine Angabe, wie wir sie auch anderweitig annähernd gefunden haben.

In wie weit mit der Hasenscharte auch eine Spaltung des Gaumens vorhanden ist (ohne Berücksichtigung der Größe und Art der Gaumenspalte), geht aus folgender Zusammenstellung hervor:

	Nicht komplizierte.	Komplizierte.
Herrmann . . .	71	126
Fritsche	17	35
Hoffa ²⁾	34	46
Abel	33	81
Groll	11	14
Girard	18	34
Total	184	336

Von diesen 510 zusammengestellten Fällen ist also in 35 % die Lippenpalte eine einfache, während in 65 % das Knochengerüst in größerer oder geringerer Ausdehnung betheiligt ist.

Eine Zusammenstellung nach Gruppen, wie sie bei den oben erwähnten Arbeiten zu finden sind, werde ich in den Krankengeschichten ebenfalls berücksichtigen.

Von Fritsche ³⁾ wurde in seiner Arbeit die Behauptung aufgestellt, es überwiege das männliche Geschlecht bei den komplizierten, das weibliche dagegen bei den einfachen Hasenscharten, welche konstante Thatsache bereits Herrmann ⁴⁾ widerlegt zu haben glaubt.

¹⁾ Beitrag zur Statistik der Hasenscharten. J. D. Würzburg 1888.

²⁾ Hoffa, Zur Mortalität der operirten Hasenscharten und Gaumenspalten. Archiv für klinische Chirurgie. Band XXX. S. 548.

³⁾ Fritsche, l. c.

⁴⁾ Herrmann, l. c.

Auch in dieser Beziehung habe ich unsere Fälle zusammengestellt und im Vereine mit anderen Resultaten Folgendes gefunden:

	Komplizierte.		Nicht komplizierte.	
	M.	W.	M.	W.
Herrmann	76	50	42	29
Fritsche	24	11	6	11
Bryant	20	6	10	11
Groll	10	4	6	5
Abel	46	15	14	15
Girard	23	11	10	8
Total	199	97	88	79

dem entsprechend waren also von diesen 463 Fällen:

kompliziert männlichen Geschlechts	43 %
» weiblichen	21 %
nicht kompliziert männlichen	19 %
» » weiblichen	17 %

Aus dieser Zusammenstellung würde hervorgehen, daß das männliche Geschlecht beinahe um das Doppelte mehr an der schwereren Mißbildung leidet, während für die einfachen Fälle sich beide Geschlechter gleich verhalten würden.

Zeit der Operation.

Daß diese Mißbildung nur durch einen operativen Eingriff geheilt werden kann, ist selbstverständlich. Was die Zeit der Operation anbelangt, in der dieselbe stattfinden soll, so sind gegenwärtig die Akten noch immer nicht geschlossen. König in seinem Lehrbuche ¹⁾ vertritt die Ansicht, daß man möglichst früh operiren solle; auch das schlecht genährte Kind bildet keine absolute Contra-Indikation zur Vornahme der Operation, im Gegentheil glaubt König durch die Operation eine bessere Ernährungsweise und dadurch eine Kräftigung des Patienten herbeiführen zu können; nur wird eine vollständige Gesundheit des Patienten verlangt.

Der Operation im frühesten Lebensalter steht gegenüber die Ansicht von Trendlenburg ²⁾ und Eigenbrodt ³⁾, die nur in den ersten (3—6) Lebensmonaten operiren.

¹⁾ König, Spezielle Chirurgie. Band I.

²⁾ Trendlenburg, Deutsche Chirurgie. Lieferung 33. 1.

³⁾ Eigenbrodt, Beitrag zur Statistik der Hasenscharten-Operationen. Berliner klinische Wochenschrift. 1887. Nr. 6.

Ihnen folgen eine Menge anderer Autoren. Andere wie Dubois, Michon, Quersant und Giraldès wollen jede Hasenscharten-Operation bis in den 15.—18. Monat verschieben, was wohl nach dem Standpunkte der gegenwärtigen Chirurgie jedenfalls zu widerrathen ist.

Im Allgemeinen geht die Strömung dahin, leichte Fälle möglichst früh, schwerere erst in den ersten (3—6) Lebensmonaten zu operiren.

Ueber den speziellen Einfluß der Dentition auf die Wundheilung und den günstigen Verlauf, wie er von Hoffa und mehreren Seiten hervorgehoben wird, kann ich selbst aus unsern 52 Patienten kein bestimmtes Urtheil fällen, da unsere Mortalität so wie so eine geringe, indem wir nur einen Fall direkt nach der Operation verloren haben und unser Material in dieser Beziehung ein zu gemischtes ist.

Was unsere Stellung zu der Zeitfrage der Operation anbelangt, so handelten wir im Allgemeinen nach dem oben erwähnten Grundsatz: Frühoperation für leichtere Fälle, schwerere erst in den späteren (3—6) Lebensmonaten. Unser Hauptaugenmerk richteten wir jedoch auf den Gesundheitszustand und das Aussehen des Patienten. Da bekanntermaßen ein großer Theil der Hasenschartenkinder aus ärmlichen Familien stammt und auch von Geburt aus schwächlich entwickelt ist, so glaubten wir zuerst dieses Uebel heben zu müssen durch eine richtige Pflege und Ernährung.

Abgesehen davon, daß wir nie einen Patienten operiren, der nur eine Spur von Katarrh der Respirationsorgane oder des Verdauungstractus aufweist, so sind wir doch öfters in den Fall gekommen, Patienten wegen schlechter Ernährung längere Zeit, mitunter 6 Wochen, erst in dieser Hinsicht behandeln zu müssen, um dann mit gutem Gewissen an die Operation gehen zu können.

Ein eklatanter Beweis für unsere Behandlungsmethode ergibt sich aus der Zahl der Pflage tage, die ich mir zusammengestellt habe. Während von anderen Seiten durchschnittlich 8,7 Pflage tage ¹⁾ auf 1 Hasenschartenkind kommen, treffen bei uns deren circa 32 auf einen Kopf. Rechnet man davon die Durchschnittszahl von 10 Tagen ab, während welchen wir den Patienten nach der Operation behufs Verbandwechsel etc. noch behalten, so trifft es durchschnittlich auf ein Hasenschartenkind die Zeit von 3 Wochen, die wir nur zu seiner Pflege und Ernährung oder zur Beseitigung krankhafter Zustände verwenden. Diese Zahl mag Einigen allerdings sehr hoch erscheinen; doch fanden wir uns, wie ich in dem Abschnitte über Mortalität

¹⁾ C. Stobwasser, Die Hasenscharten in der Göttinger chirurgische Klinik. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1882, B. 19. Hft. 1.

auseinander setzen werde, für diese Mühe reichlich belohnt. Zudem muß man bedenken, daß eine gewisse Zeit erforderlich ist, bis sich die Kinder an ihre neue Umgebung, an die neue Pflege und Nahrung gewöhnt haben; denn nur zu oft befinden sich kleine Kinder während den ersten Tagen ihres Spitalaufenthaltes unwohl, was einzig durch die Aenderung der Lebensverhältnisse erklärt werden kann.

Ueber die Ernährungsweise der Kinder, ob sie durch Zapfen, Schläuche, Löffel etc. zu geschehen habe, werde ich mich speziell in dem Abschnitte über die Nachbehandlung näher auslassen.

Mortalitätsverhältnisse.

Wenn wir von der Mortalität der Hasenschartenkinder sprechen, so müssen wir dieselbe nach zwei Gesichtspunkten beurtheilen: Nämlich die Mortalität direkt nach der Operation oder im Einflusse derselben und die Mortalität in späterer Zeit.

Seit dem Chirurgenkongresse von 1885, auf dem die Frage nach dem Leben der operirten Hasenschartenkinder aufgetaucht ist, sind in dieser Hinsicht mehrere Arbeiten publizirt worden, die zum größten Theile zu dem gleichen Resultate geführt haben.

Daß diese Patienten in Bezug auf Ernährung und Infektionsgefahr für die Respirationsorgane und den Verdauungstractus schlechter gestellt sind als normale Kinder, liegt in der Natur der Mißbildung und kann nach den auszuführenden Zahlen kaum in Abrede gestellt werden. Schon die Angaben aus dem Petersburgersindelhause von Fröbelius sprechen dafür, indem nach diesem sämtliche Komplizierte Hasenschartenkinder an mangelhafter Ernährung zu Grunde gingen.

Von unsern 52 operirten Fällen starben direkt nach der Operation 1 Fall = 2 %. In späterer Zeit starben von den die Operation überlebenden Patienten 6 = 11,76 %.

Um die Frage der Abhängigkeit der Mortalität von der Mißbildung aufzuklären, hat Hoffa ¹⁾ von verschiedenen Autoren Zusammenstellungen gemacht und zwar theilt er die Hasenscharten in drei Gruppen ein:

- I. Einfache Lippenspalten ohne Gaumenspalten und mit theilweise gespaltenem, harten Gaumen und Alveolarfortsatz.
- II. Einfache Lippenspalten mit einseitig durchgehenden Gaumenspalten.
- III. » » » mit doppelseitig durchgehenden Spalten und Os prominens.

¹⁾ Hoffa, l. c.

Aus derselben geht ganz unzweideutig hervor, daß die Mortalität der Hasenschartenkinder mit der Größe der Mißbildung in direktem Verhältnisse steht.

Durch weitere Untersuchungen über die Zeit, in der der Tod nach erfolgter Operation eingetreten ist, wird auch die Ansicht von Gotthelf ¹⁾, daß Hasenschartenkinder mit größerer Mißbildung nur in Folge der eingreifenden Operation zu Grunde gehen, widerlegt. Dem gegenüber stehen allerdings die Angaben von Herrmann, der sich in seiner Arbeit mehr der Ansicht Gotthelf's anschließt.

Auch unsere Mortalitätsverhältnisse scheinen sehr für die Richtigkeit der Annahme Hoffa's zu sprechen. Nach ihm stellt sich die Mortalität der Hasenschartenkinder direkt nach der Operation, wenn man, was bei dem heutigen Standpunkte der Chirurgie sehr wohl möglich ist, Fälle von Erysipel, Glottisödem, Suffocation etc. etc. in Abrechnung bringt, auf 7,4 %.

Von unsern Patienten starb direkt nach der Operation 1 Kind, Fall 22, an Ileus in Folge Invagination des untersten Theiles des Ileums in das Coecum (S. Krankengeschichte).

Daß ein direkter Einfluß der Operation auf diesen Zufall kaum in Abrede gestellt werden kann, läßt sich nicht bestreiten und würde sich also unsere Mortalität direkt nach der Operation auf nicht ganz 2 % stellen, eine Angabe, die Hoffa's Ansicht nur unterstützt.

Nach demselben Autor starben dann vom 14. Tage bis 3. Monate nach der Operation 15 %, resp. 10 % mehr als in den ersten 14 Tagen.

Auch hierin stimmen unsere Fälle überein, indem wir 2 Todesfälle = 4 % einen Monat nach der Operation zu verzeichnen haben.

Die spätere Mortalität soll dann im Allgemeinen circa 16 % betragen. Für unsere Fälle 8 % und zwar vertheilen sich dieselben auf die Zeit nach der Operation folgendermaßen:

2 Fälle: Nr. 4. Nr. 33; fünf Monate nach der Operation.

1 Fall: Nr. 19; vierzehn Monate nach der Operation.

1 Fall: Nr. 27; dreiundzwanzig Monate nach der Operation.

Was die Todesursachen dieser Kinder anbelangt, so fand ich bei Allen Erkrankungen der Respirationsorgane oder des Darmtractus; Pneumonie; acuter Magendarmkatarrh, Ruhr etc.

Inwiefern die Hochgradigkeit der Mißbildung Einfluß auf die Mortalität hat, läßt sich auch aus unseren Fällen entscheiden. Es vertheilen sich nämlich die 7 Todesfälle auf die verschiedenen Gruppen wie folgt:

¹⁾ Gotthelf, Archiv für klinische Chirurgie B. XXXII, Heft 2 und 3.

— —

Nr. 4, linksseitige komplizierte Hasenscharte.

» 8, » totale komplizierte Hasenscharte.

» 18, » komplizierte Hasenscharte.

» 19, » einfache Hasenscharte.

» 22, » » »

» 24, » doppelte komplizierte Hasenscharte.

» 33, » » » »

Demzufolge kommen auf die sieben Todesfälle 5 Mal = 71,50 % komplizierte Hasenscharten; 3 Mal einseitig und 2 Mal doppelseitig. Der Rest der Fälle 28,50 % war nur mit einer einfachen Lippenpalte behaftet, was für die Ansicht spricht, daß die Größe der Mißbildung im geraden Verhältnisse mit der Mortalität steht.

Vorbereitung zur Operation.

Bevor wir näher auf die verschiedenen Operationsverfahren eingehen, wollen wir uns kurz mit den Vorbereitungen zur Operation befassen. Alle Bestreben der Operateure gehen in der gegenwärtigen Zeit dahin, einen glatten Wundverlauf ohne Infection zu erzielen. Wiewohl wir hier in einer Gegend operiren, die sobald der erste Schnitt gemacht ist, einer steten Infectionsgefahr von Seite des Mundes, dieses großen Mikroorganismenstaates, ausgesetzt ist, so ist es gleichwohl unsere Pflicht, alle möglichen Mittel anzuwenden, die einer solchen Gefahr steuern können.

Vorerst müssen wir vor allem dafür sorgen, daß wir selbst nicht Schädlichkeiten von außen hereinbringen, die Wunde nicht mit unsern Händen, Instrumenten und Nähten infiziren. Es kann also unter diesen Umständen ein bloßes Einlegen der Instrumente in Carbolsäure und leichtes Abwaschen des Mundes der Patienten nicht genügen, wir sollen mit den gleichen Vorsichtsmaßregeln an die Operation gehen, wie wir es für eine Kropfexstirpation oder eine Laparatomie gewohnt sind.

Deßhalb lassen wir jedesmal unsere Instrumente in gleicher Weise, wie für die oben erwähnten Operationen, präpariren, und mit der gleichen Sorgfalt behandeln wir unsere Hände. Der Patient wird dann ferner in nasse Compressen gewickelt, die in 5 % Carbolsäurelösung getaucht worden sind. Mit gleich behandelten Tüchern wird ebenfalls die Umgegend des Patienten und des Operationstisches belegt.

Was nun die Reinigung des Operationsfeldes anbelangt, so erhält der Patient vorher stets ein warmes Bad. Ist derselbe genügend alt, so lassen wir ihn eine gehörige Zahn- und Mundtoilette vorherbesorgen; bei kleinen

Kindern begnügen wir uns mit einer sorgfältigen Reinigung der Lippen und Nasenlöcher, und zwar verwenden wir hiezu sterilisirtes Wasser und schwache Jodidlösung (1 : 4000), welche auch während der ganzen Operation angewendet werden.

In wie weit wir noch eine günstige resp. reaktionslose Heilung zu unterstützen glauben, werde ich in der Abhandlung über die Naht und die Nachbehandlung auseinander setzen.

Im fernern ist die Frage zu entscheiden, sollen wir die Operation mit oder ohne Narcose vornehmen?

König ¹⁾ gibt an, daß man Neugeborene, obschon man dies ohne Gefahr thun kann, nicht chloroformiren soll; bei älteren Kindern empfiehlt er die Narcose.

Eine ähnliche Angabe findet sich bei Trendlenburg ²⁾. Er operirt unter einem Jahre stets ohne Narcose, gibt jedoch die Gefahrlosigkeit der Narcose bei geübter Assistenz ebenfalls zu.

Dieselbe Meinung wird auch von Mosetig-Moorhof ³⁾ vertreten.

Auch wir haben uns stets der Narcose bedient und zwar der Chloroformnarkose, da eine richtige Fixation des Kopfes bei wachen Patienten sehr schwer ist, für eine sichere und exakte Schnittführung aber unbedingt nothwendig, da von derselben der kosmetische Erfolg und der reaktionslose Verlauf in hohem Maße abhängt.

Ob eine andere Narcose, namentlich diejenige mit Aether in diesen Fällen anwendbar wäre, kann ich hier nicht entscheiden, da über Aethernarcosen im Kindesalter noch zu wenig Erfahrungen gemacht sind. Wir haben den Aether deswegen nicht versucht, weil bekanntermaßen durch ihn sehr leicht Bronchitis und Husten entstehen, was bei Hasenschartenkindern geradezu eine Contraindication für die Operation bildet.

Was die Lage des Patienten und die Assistenz anbelangt, so gehen auch hierin die verschiedenen Verfahren auseinander.

Mosetig ⁴⁾ läßt das Kind von einem Assistenten, der vor dem Operateur sitzt, an Becken und Schultergürtel fixirt halten; ein zweiter Assistent übernimmt die beiderseitige Kompression der Arteria maxillaris externa, während einem dritten Assistenten die Fixirung und Kompression der Lippentheile

¹⁾ König, Lehrbuch der speziellen Chirurgie 1885. I. 311.

²⁾ Trendlenburg, Deutsche Chirurgie 1886. Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichtes. I. 40.

³⁾ Mosetig-Moorhof, Handbuch der chirurgischen Technik 1886, pag. 405

⁴⁾ Mosetig, l. c.

zukommt. Rose operirt bei hängendem Kopfe, Trendlenburg in steiler Rückenlage. König operirt ähnlich wie Mosetig.

Wie oben erwähnt, legen wir unsere kleinen Patienten auf den üblichen Operationstisch horizontal; der Operateur stellt sich gewöhnlich zur rechten Seite des Patienten; der eine Assistent übernimmt von der Kopfseite die Narcose und Fixirung des Kopfes, der zweite Assistent stellt sich dem Operateur gegenüber auf.

Was das Instrumentarium für die Operation anbelangt, so sind dafür manigfaltige Instrumente angegeben worden, die theils zur Anfrischung selbst oder nur zur Fixirung der Lippen verwendet werden. Zwar gab Günther, und vor ihm schon viele andere: Garengéot, Heister, Louis an, daß, wie man sich immer bestrebt, allen unnöthigen und für spezielle Fälle erfundenen Instrumentenapparat bei Seite zu setzen, so sei auch für diese Operationen kein besonderer zu erwähnen. Die gewöhnlichen Instrumente, fährt er fort, welche eine plastische Operation erfordert, sind nach allen Seiten hin genügend. Unnöthig sind besondere Lippenhalter, wie man sie früher erfunden hat.

Kann man seine Hände nicht gebrauchen, so genügen Polypenzangen, welche in Ermangelung guter Assistenz vorn durch Schrauben eingeklemmt werden. Hat man darüber nicht zu verfügen, so hake man die Lippe mit einem Arterienhaken fest an (auch eine Arterienpincette ist passend) und schneide man auf diese Weise an der fixirten Lippe.

Noch entbehrlicher sind alle Unterlagen von Holz, Horn, Metall u. s. w.; denn wer so wenig Geschick hat, der überlasse diese Operation andern Aerzten. So Günther, und nicht mit Unrecht.

Der Vollständigkeit halber füge ich eine Abbildung dieser wohl zu entbehrenden Instrumente bei, wie ich sie in dem Atlas von Günther gefunden ¹⁾ (Fig. I, am Schluß).

Eine zweite Frage ist die: soll man mit Messer oder Scheere die Anfrischung machen? Daß wir mit dem feinen Messer sicherlich viel geradere und besser zu ernährende Wundränder erzielen, läßt sich nicht bestreiten; doch ist die Handhabung der Scheere, vorausgesetzt, daß sie exakt und gut arbeitet, eine so leichte und hie und da kaum zu umgehende, daß eine Verwerfung der Scheere bei Hasenscharten-Operationen nicht ganz gerechtfertigt erscheinen dürfte, wiewohl man ihr stets den Vorwurf der Quetschung der Wundränder machen muß.

¹⁾ Günther und Kühn. 1866. Lehre von den Operationen am Kopfe. III. Heft, pag. 5.

Aus diesem Grunde ist auch die Anfrischungsscheere von Marc Lée, ¹⁾ konstruirt nach dem Prinzip der Knopflochscheere (*Ciseaux particuliers dits à boutonnière*), wiewohl ein sehr geistreicher Vorschlag, nicht gerade zu empfehlen. Sie hat zwar den Vorthail, dass man sehr rasch die Anfrischung besorgen kann, was bei einer Operation ohne Narcose von Vorthail ist (Fig. II).

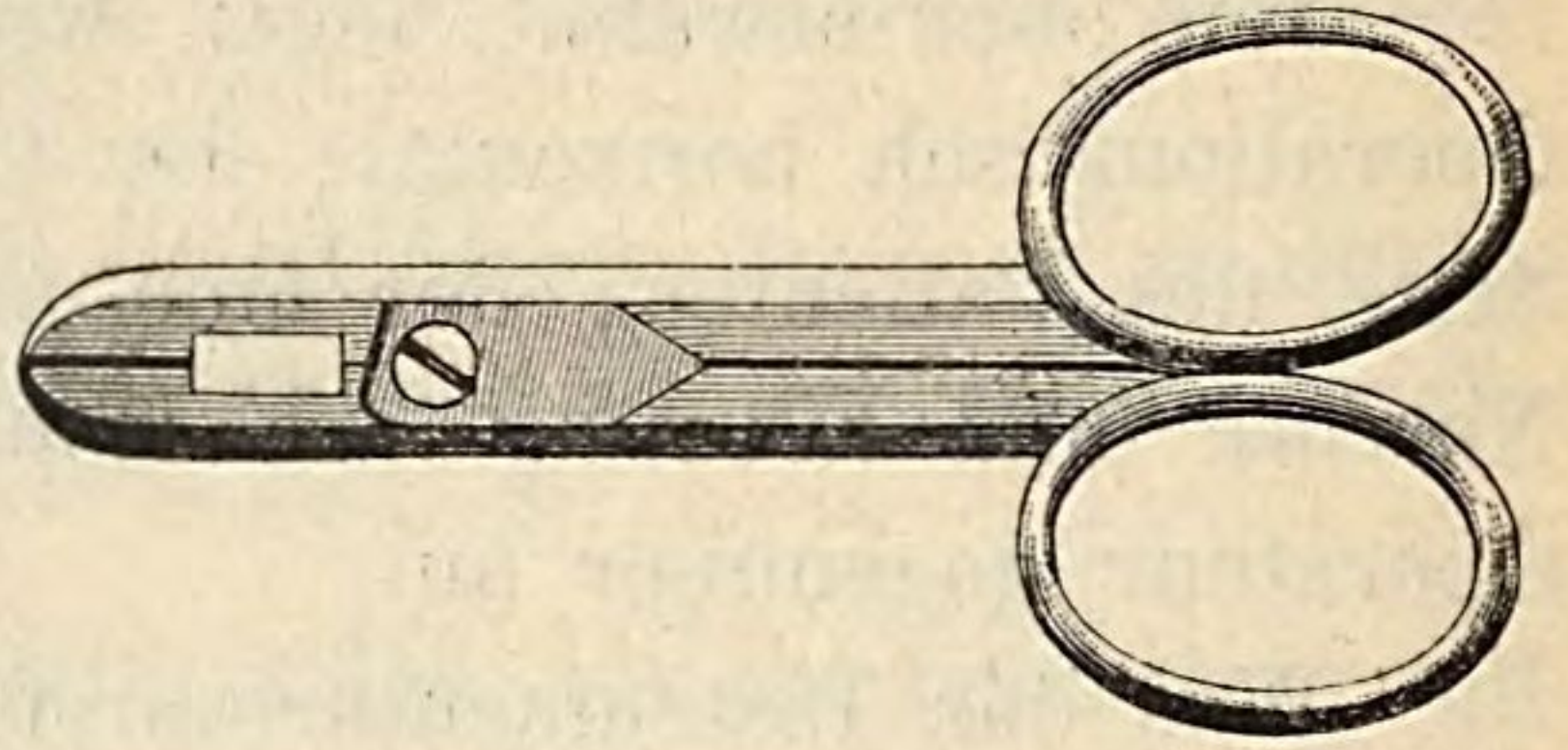


Fig. II.

Wir brauchten bei unserer Operation gewöhnlich ein bis zwei feine schmale Spitzbistouris, eine feine Scheere, eine krumme Scheere, eventuell einen Meißel und einige Haken-Pincetten und feine Häkchen. Im Fernern stehen uns eine Anzahl von haemostatischen Zangen zu Gebote, an denen ein kleines Schwämmchen befestigt ist, um das Blut und den Schleim aus Mund- und Rachenhöhle zu entfernen, eventuell auch unter der Chloroformmaske, während einer Pause ohne Hinderniß bestimmte Stellen komprimiren zu können. Diese methodisch geübte Kompression der ganzen Wunde wurde von Wolff ²⁾ besonders empfohlen. Er verwendet dazu, sobald bei der Operation stärkere Blutung einzutreten droht, ein in Salicylmull eingnähtes, etwa handtellergroßes, ziemlich fest gestopftes Holzkissen, das während 3—5 Minuten komprimirend auf der Wunde gehalten wird. ³⁾

Wir haben, dem gleichen Prinzip folgend, der Einfachheit halber stets Schwämme verwendet, die natürlich ebenso gut ausgekocht resp. sterilisirt sind wie die Wolff'schen Kissen und haben dadurch die Blutung leicht in kurzer Zeit zum Versiegen gebracht. Um aber diese Pause während der Operation nicht unbenützt vorbeigehen zu lassen, nehmen wir, wenn nöthig, während derselben die Narcose, die während des Schnittes ausfällt, vor, und hiebei leisten eben die oben angeführten haemostatischen Zangen als Schwammhalter sehr gute Dienste, indem die Chloroformmaske ohne eine zu große Distanz vom Gesicht sehr leicht über ihnen gehalten werden kann.

Mit diesen überall vorhandenen Instrumenten kann man ohne Schwierigkeit auskommen.

¹⁾ Gillette, Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris. 1878. Pag. 458.

²⁾ Dr. Wolff, Ueber blutloses Operiren. v. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie. Band 21, Heft 2.

³⁾ Berliner klinische Wochenschrift. 1886. Heft 35, pag. 375.

Operationsmethoden.

Da meines Wissens bis jetzt keine vollständige Zusammenstellung aller publizirten Operationsmethoden besteht, so glaube ich keinen Mißgriff zu thun, wenn ich, vor der Schilderung des von Girard befolgten Verfahrens, eine gedrängte Zusammenstellung der bekannten Operationsmethoden vorausgehen ließe. Mein Bestreben war dabei, neben den aus den Handbüchern bekannten Verfahren auch alle diejenigen Mittheilungen einzuflechten, wie sie sich zerstreut in chirurgischen Zeitschriften oder Dissertationen etc. finden. Daß ich auch hier gleichwohl nichts Vollkommenes geleistet, bin ich mir wohl bewußt, da sich ja gewiß noch andere Methoden vorfinden, die gar nicht veröffentlicht oder deren Aufzeichnung mir nicht zugänglich waren.

Je nach der Art der Komplikation und Größe der Hasenscharte sind auch die angewandten Operationsmethoden verschieden. Vor allem haben wir zu unterscheiden zwischen der Vereinigung der Lippenspalten und der komplizirenden Gaumenspalten. Mit den letzteren werde ich mich in dieser Arbeit nicht beschäftigen, da wir dieselben erst in späterer Zeit nach den gewöhnlichen Prinzipien zur Vereinigung zu bringen suchen.

Der Grad der Mißbildung, d. h. ob die Lippenspalte nur ein kleiner Einschnitt oder ob dieselbe eine größere resp. vollkommene Spaltung bis ins Nasenloch ist, namentlich aber die Breite der Spalte, ist für die Auswahl der anzuwendenden Operationsmethode von großer Wichtigkeit; denn je größer und breiter die Spaltbildung, um so schwieriger wird auch die Vereinigung der Spaltränder sein. Ueber die dabei noch in Betracht kommende Behandlung des vorstehenden Zwischenkiefers werde ich mich später auslassen.

Der Zweck sämmtlicher Operationsmethoden geht darauf hinaus, die Spaltränder auf irgend eine Weise zur Vereinigung zu bringen, und zwar geschieht dieselbe durch Wundmachung, resp. Anfrischung der Spaltränder. Wohl dürfen wir mit Recht den früheren Verfahren dieser Anfrischung, wie sie von älteren Operateuren geübt, ¹⁾ durch Glüheisen (Albukasis) mit Antimonbutter (Theocnin), durch Skarifikation mit nachträglich unterhaltener Eiterung, durch scharfe Salben (Fabricius ab aqua pendente) einen Platz in der vorantiseptischen Rumpelkammer anweisen. Heutzutage operiren wir nur noch mit schneidenden Instrumenten, mit Messer und Scheere.

Für die unkomplizirte, einfache, einseitige Form der Hasenscharte stellt Günther folgende vier Operationsmethoden auf:

¹⁾ Groll, l. c.

I. Gerader Schnitt.

Nachdem der linke Lippenrand mit einer Pincette fest gefaßt ist, schiebt man eine Scheere geöffnet soweit hinauf, daß die Spitze derselben bis hinter den oberen Winkel der Spalte reicht, und trägt alles Rothe der Schleimhaut ab. Das Gleiche geschieht mit der rechten Seite, und darauf folgt die Naht. Diese Methode darf wegen späterer Narbenretraktion jedoch nur da angewendet werden, wo beide Spaltränder ganz gleich ausgebildet sind oder eine geringe Differenz zeigen und der Spalt namentlich sehr kurz und schmal ist. Selbst in diesen Fällen ist das spätere Eintreten des sogenannten « Einkniffs » bei dieser Methode zu befürchten, weswegen sie wenig empfehlenswerth ist (Fig. III).

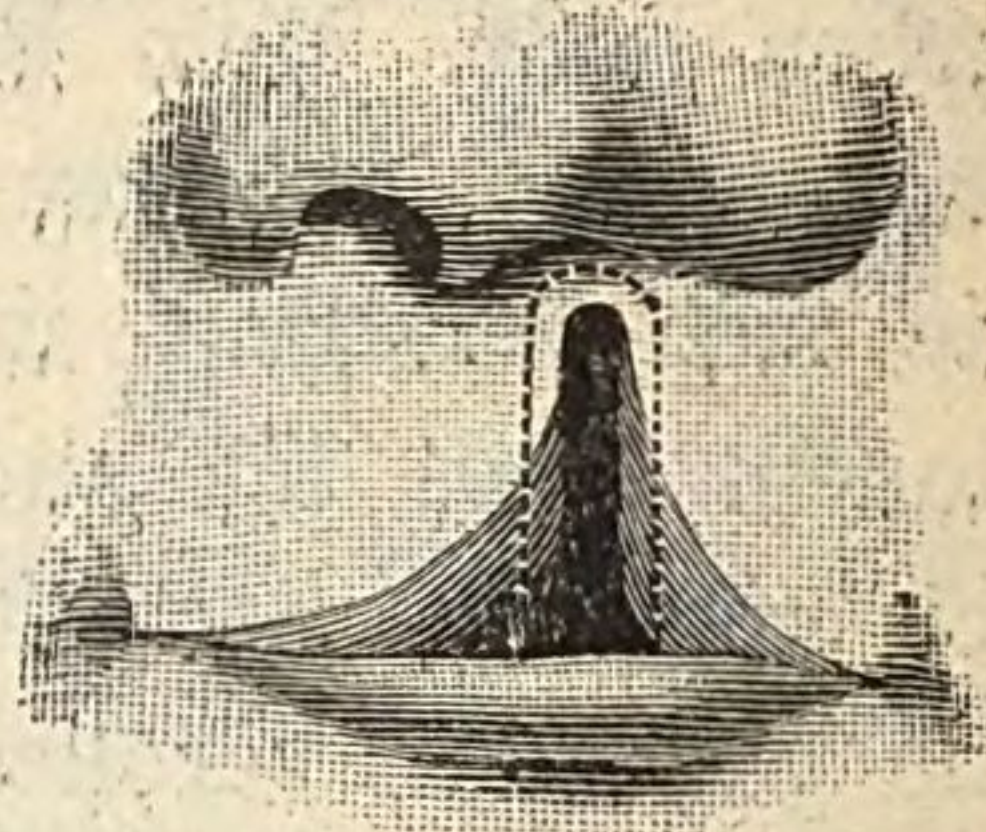
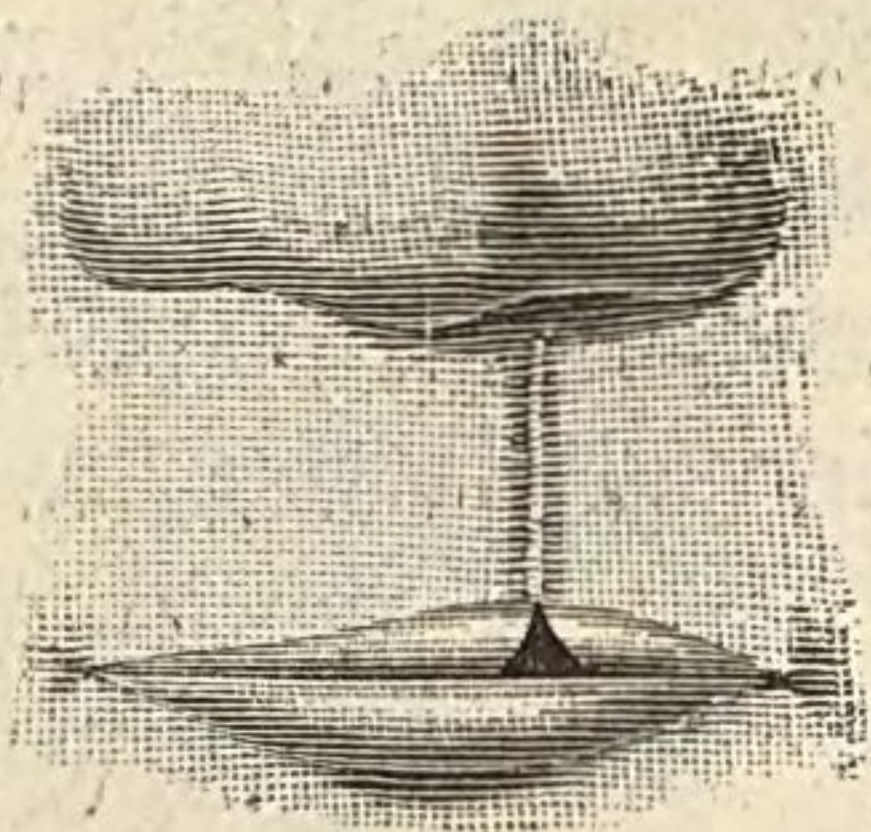


Fig. III.

II. Bogenschnitt.

Diese Methode unterscheidet sich von der vorigen nur dadurch, daß der rothe Lippensaum, statt in gerader Linie, in Form eines Kreissegmentes abgetragen wird, was eine größere Länge der Vereinigungslinie und damit eine größere Lippenhöhe, resp. eine kleine Bärzelbildung zur Folge hat. Hiermit wird die spätere Narbenretraktion wenigstens zum Theil kompensirt. (Fig. IV.)

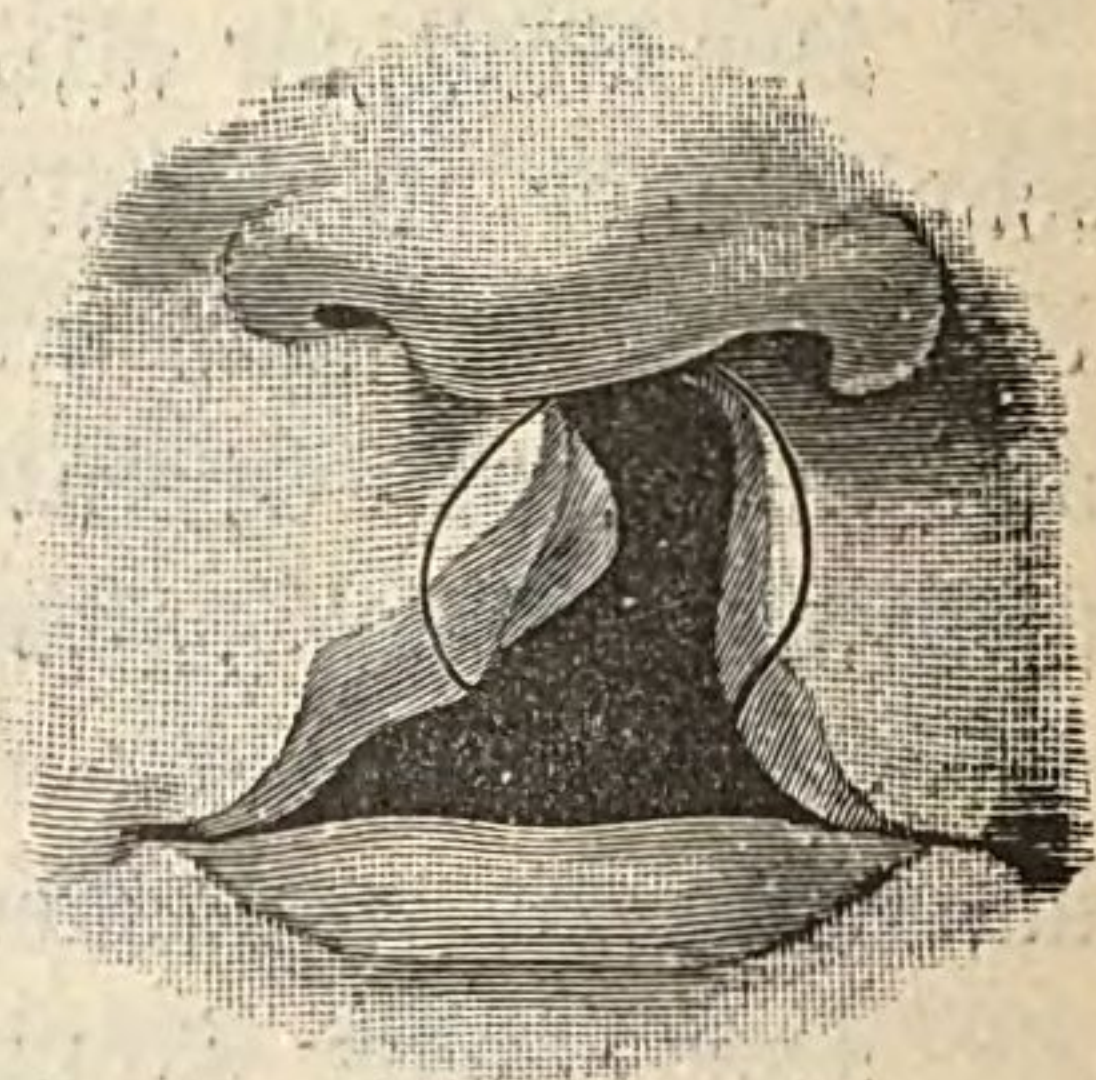


Fig. IV.

III. Winkelschnitt.

Derselbe ist insofern eine Modifikation des vorhergehenden, als die Kreislinie in eine gebrochene mit mehr oder weniger stumpfem Winkel umgewandelt wird. (Fig. V.)

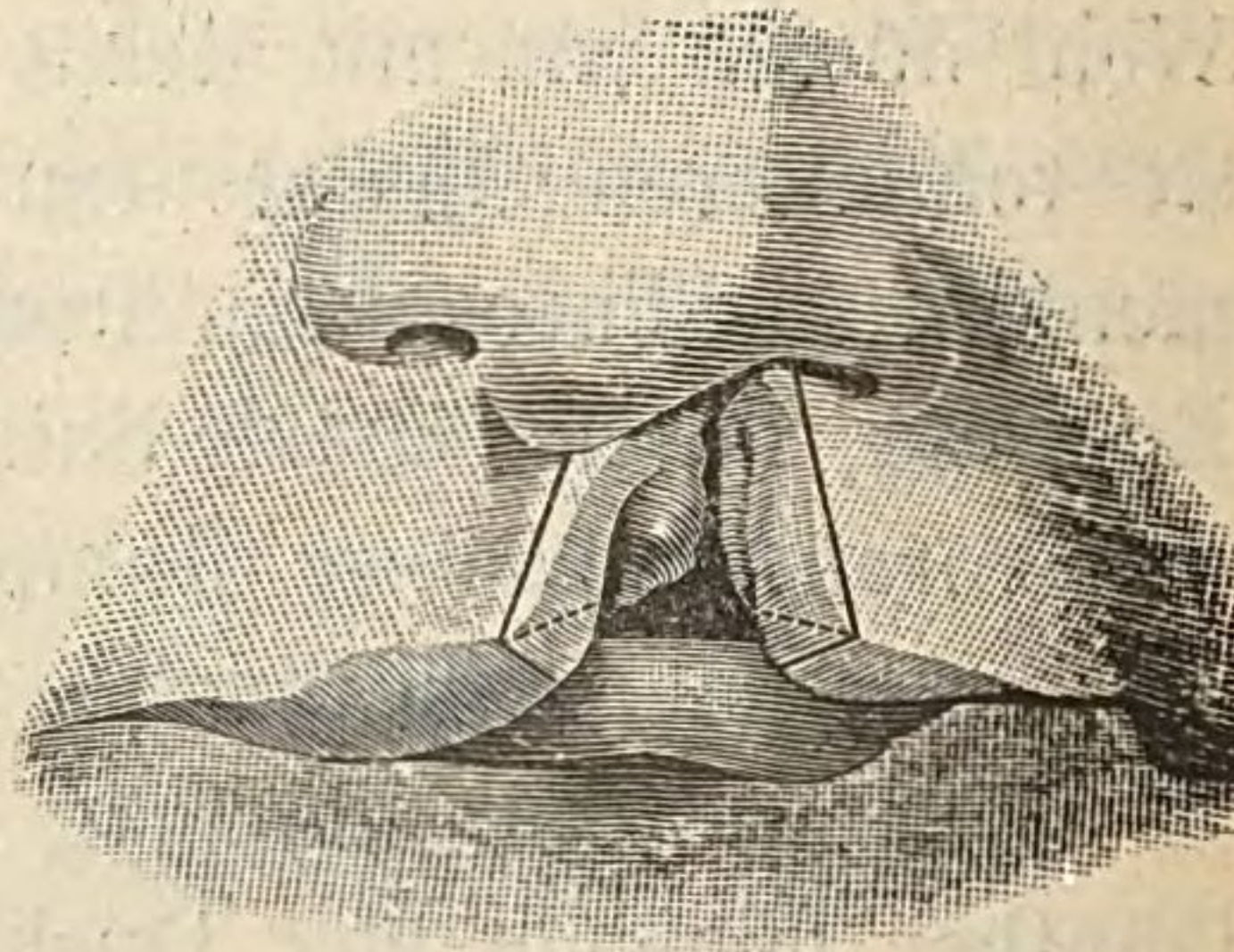


Fig. V.

IV. Läppchenschnitt.

Diese Methode geht darauf aus, das Läppchen, resp. das Lippenroth, das wir bei der Anfrischung der vorhergehenden Methoden einfach abgeschnitten haben,

zu erhalten suchen, und zwar können wir es auf die Erhaltung des Läpp-

chens nur auf
einer oder auf
beiden Seiten
abgesehen haben.

(Fig. VI.)

Nachdem wir
nun eine kurze
einleitende Ueber-
sicht über die ver-

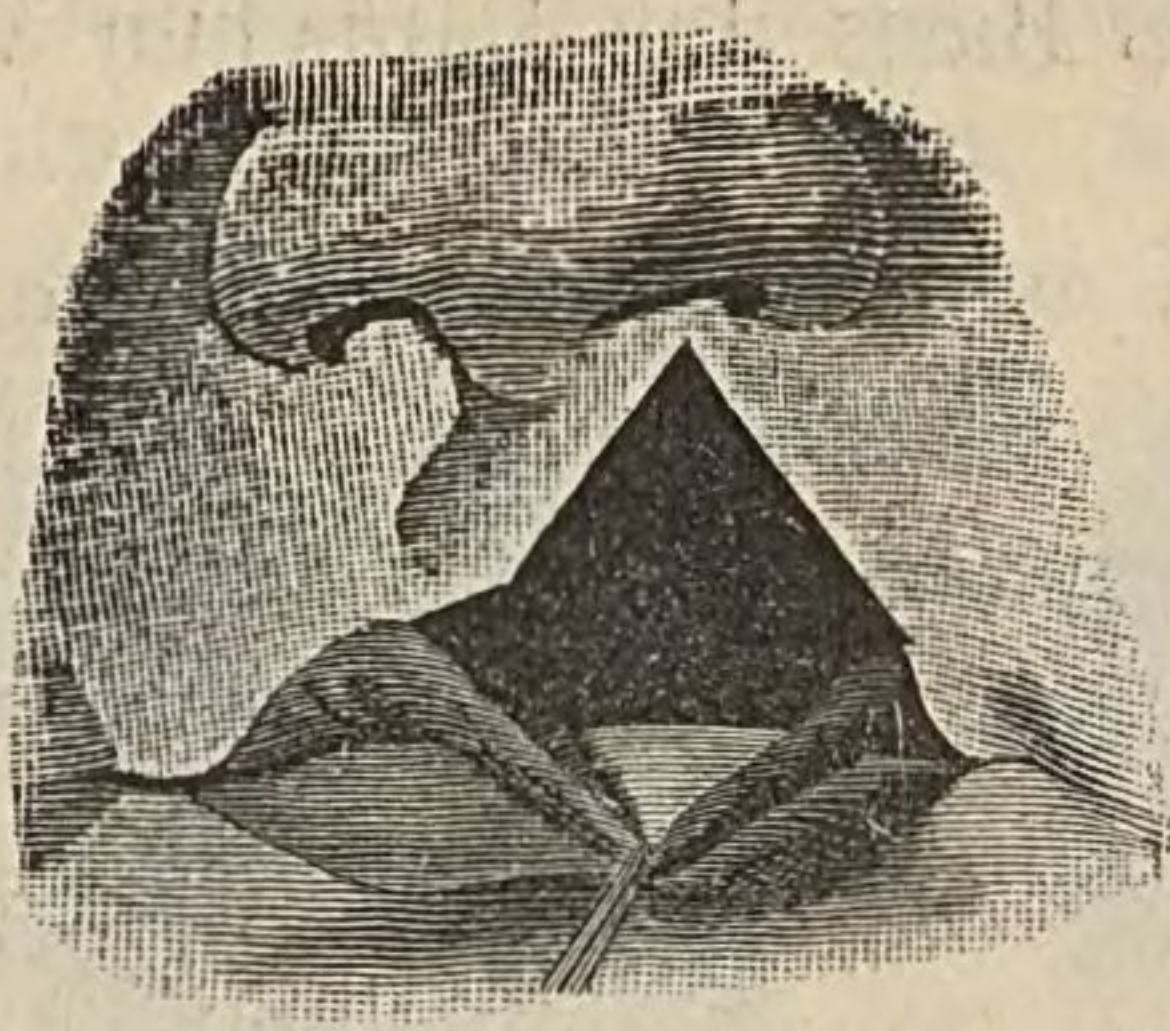
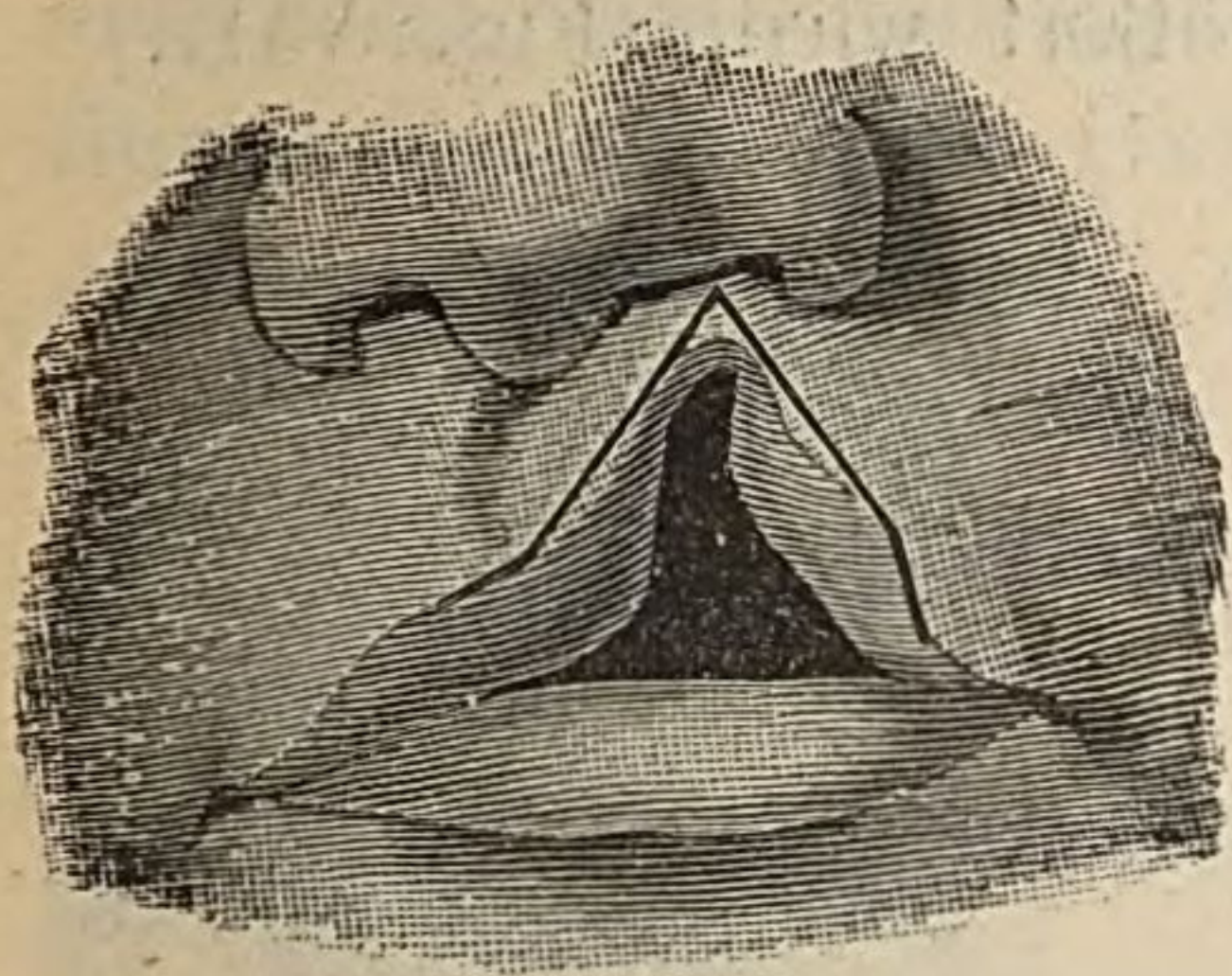


Fig. VI.

schiedenen Arten der Operation gewonnen haben, gehen wir nun zur Beschreibung der verschiedenen Methoden über, die theilweise nur eine Rekapitulation des Gesagten, theilweise eine Kombination der verschiedenen Methoden, theilweise auch ganz neue Verfahren sind.

Wie schon oben erwähnt, gibt der gerade Schnitt wegen der Narbenretraktion und Einziehung sehr ungünstige Resultate. Diesen Umstand einsehend, hat denn auch schon Gräfe bereits den Bogenschnitt angewendet.

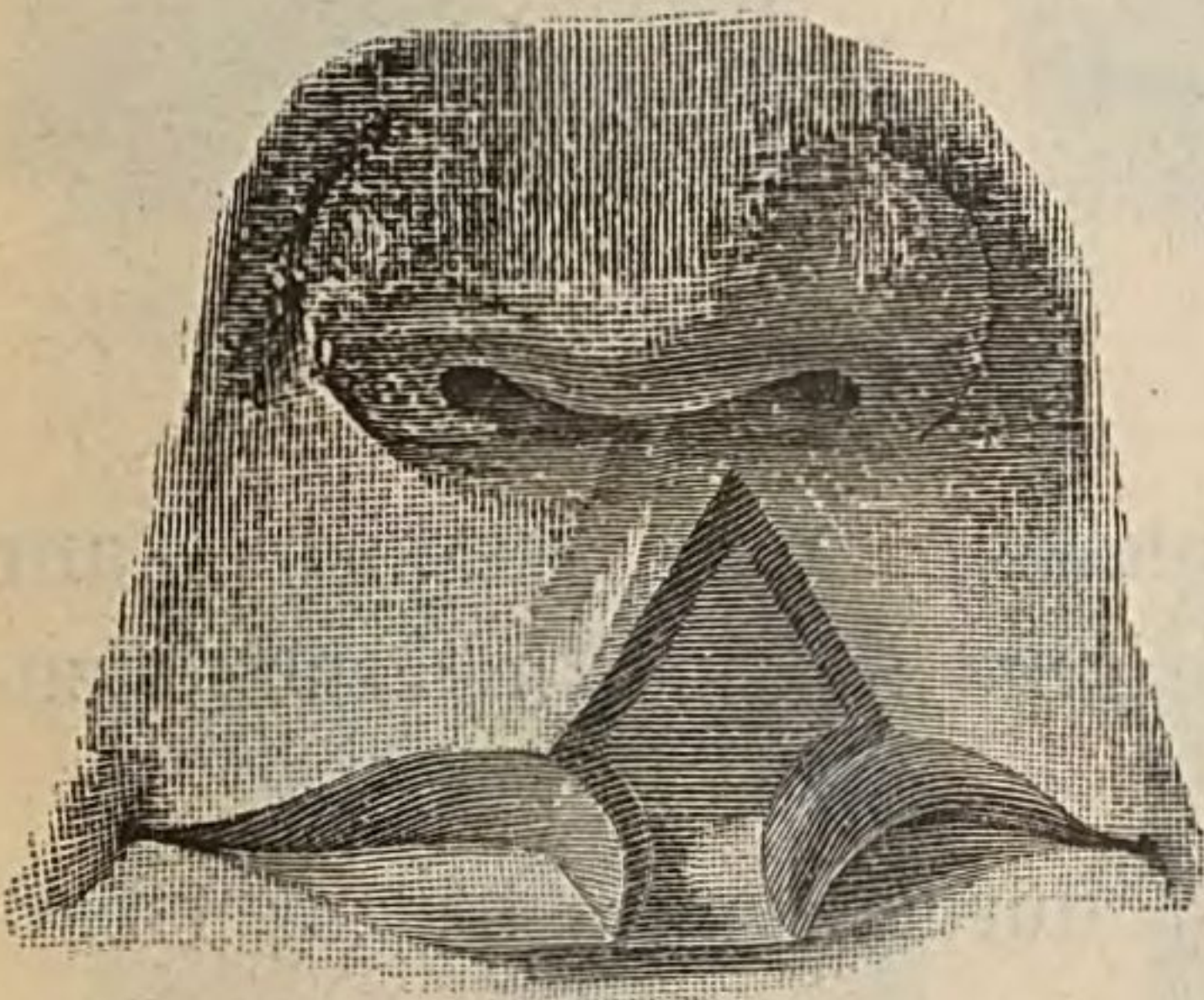


Fig. VII.

Durch denselben wurde die Länge der Anfrischung vermehrt und die Höhe der Lippe größer. Für einfache Fälle mag diese Operation wohl genügen, für schwierigere aber kaum. Aus diesem Grunde schufen nun de Clermont de Rochefort ¹⁾ und Malgaigne für hochgradigere Fälle ein neues Verfahren, das die Höhe der Lippe um ein bedeutendes vermehrt und zugleich statt des früheren Einkniffes in der Vereinigungslinie einen prominenten Wulst bildet, der im Falle der

Entstellung sehr leicht abgetragen werden kann. (Fig. VII.)

Aus dem Saum der Spalte wird ein kleines am unteren Spaltwinkel anhängendes pyramidales Läppchen gebildet, dessen Basis gerade so schmal ist, wie die Breite des Lippenrothes. Dieses Läppchen läßt sich sehr leicht nach unten klappen und wird dann mit demjenigen der anderen Seite, nachdem sie noch gehörig zugestutzt, nach Fig. VII vernäht. Zu betonen ist noch, daß Malgaigne nur den Spaltraum (Lippenroth) zur Bildung des Wulstes benutzt. Das von König als Malgaigne'sche Operation angegebene

¹⁾ Clermont de Rochefort, Chirurgie journalière des Hospitiaux de Paris. 1878 pag. 34.

Verfahren ist eine Modifikation derselben, indem durch Benützung auch des Lippenweißes die Basis der Läppchen vergrößert wird. (Fig. VIII.)

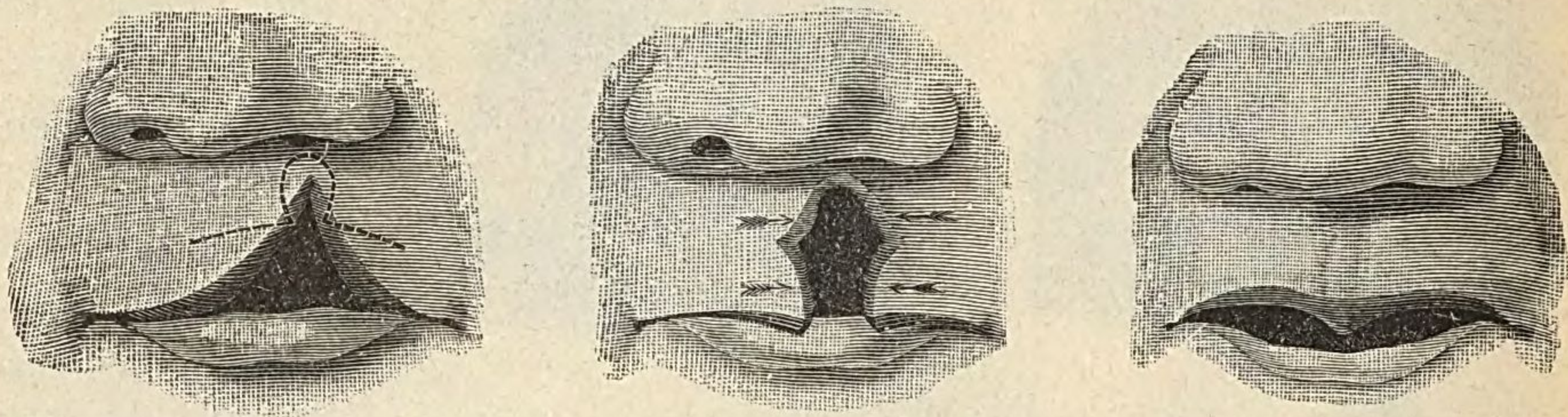


Fig. VIII.

Eine Modifikation des Verfahrens von Malgaigne hat für leichtere Fälle Nelaton angegeben, indem bei ihm die Anfrischung des oberen Spaltwinkels vollkommen wegfällt und nur durch einen leichten Bogenschnitt der Spaltrand gelöst und heruntergezogen wird, worauf die rhombische Wunde leicht zu einer linearen Vereinigung gebracht werden kann, wodurch der rothe Lippensaum in seiner Kontinuität erhalten bleibt. Diese Methode kann auch als Nachoperation verwendet werden, wo eine kleine Einkerbung zurückgeblieben ist. (Fig. IX.)

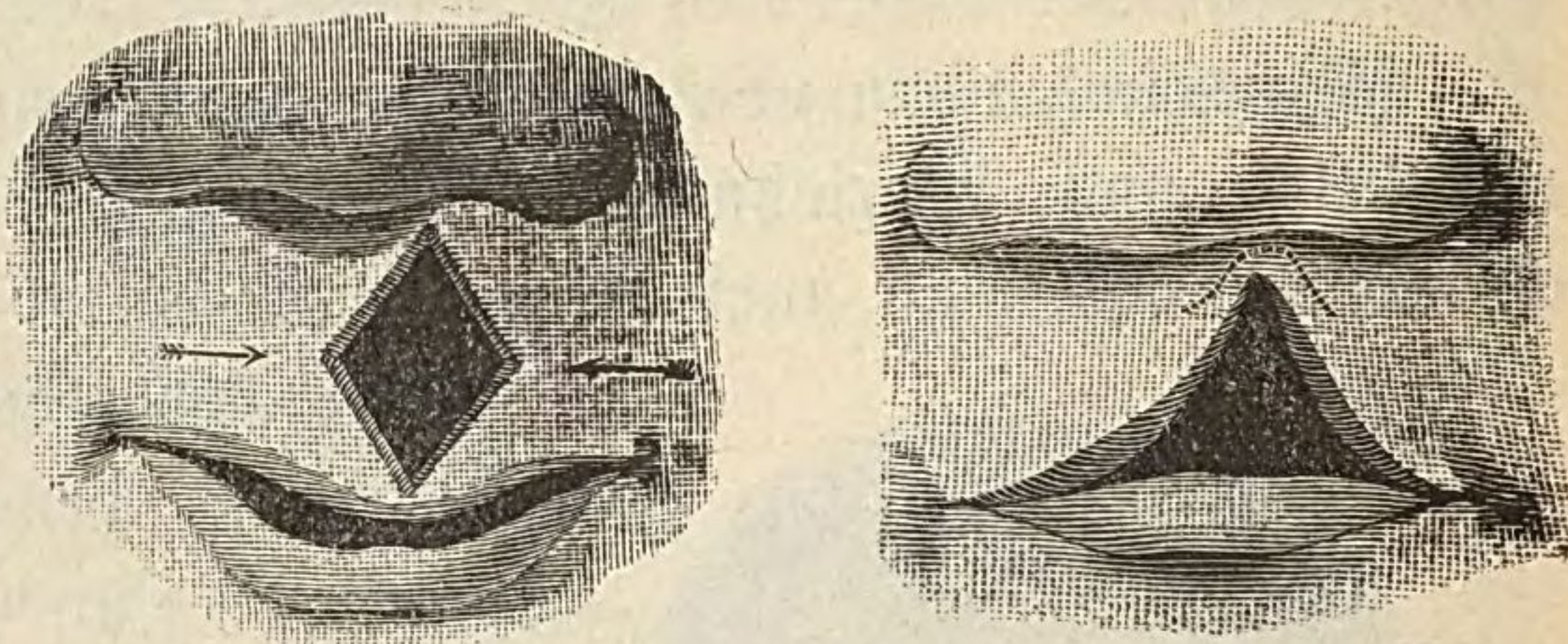


Fig. IX.

Bis jetzt wurden alle diese Anfrischungen durch senkrecht zur Oberfläche geführte

Schnitte gemacht. Um jedoch eine größere Wundfläche zu erhalten, schlug Henri de Nantes ¹⁾ vor, den Schnitt nicht mehr senk-

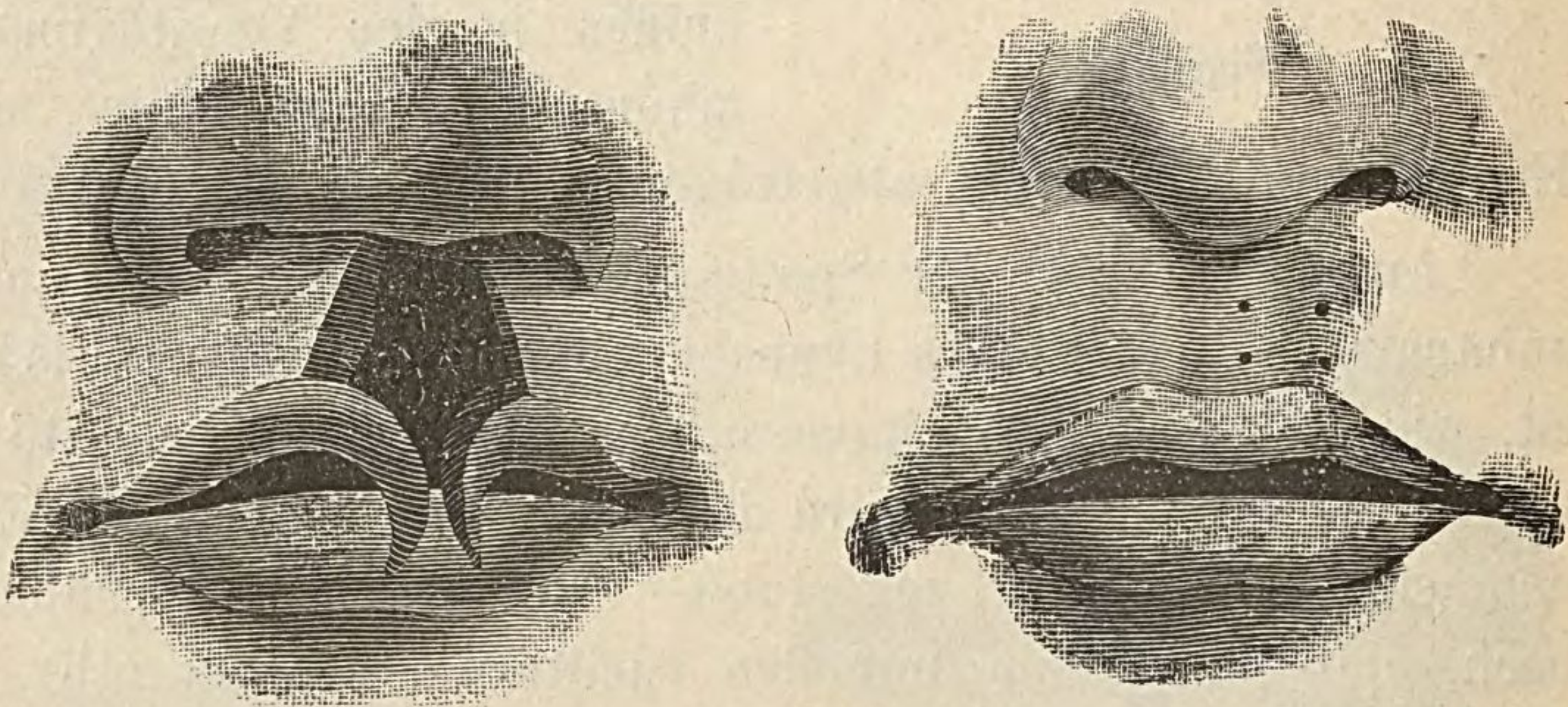


Fig. X.

recht, sondern schief zu machen, wodurch eine größere Wundfläche geschaffen

¹⁾ Gillete, l. c. pag. 342.

und somit auch eine leichtere Verheilung erzielt werden sollte. Wie dem auch sein mag, bestreiten läßt es sich nicht, daß durch diese schräge Anfrischung dünne Schleim- oder Oberhautpartieen geschaffen werden, die infolge der schlechten Ernährung, wie wir dies bei anderen Hautlappen oft genug sehen, gangränös werden und so ein unglückliches Resultat, sowohl in Beziehung auf die Heilungsdauer als den kosmetischen Erfolg veranlassen. (Fig. X.)

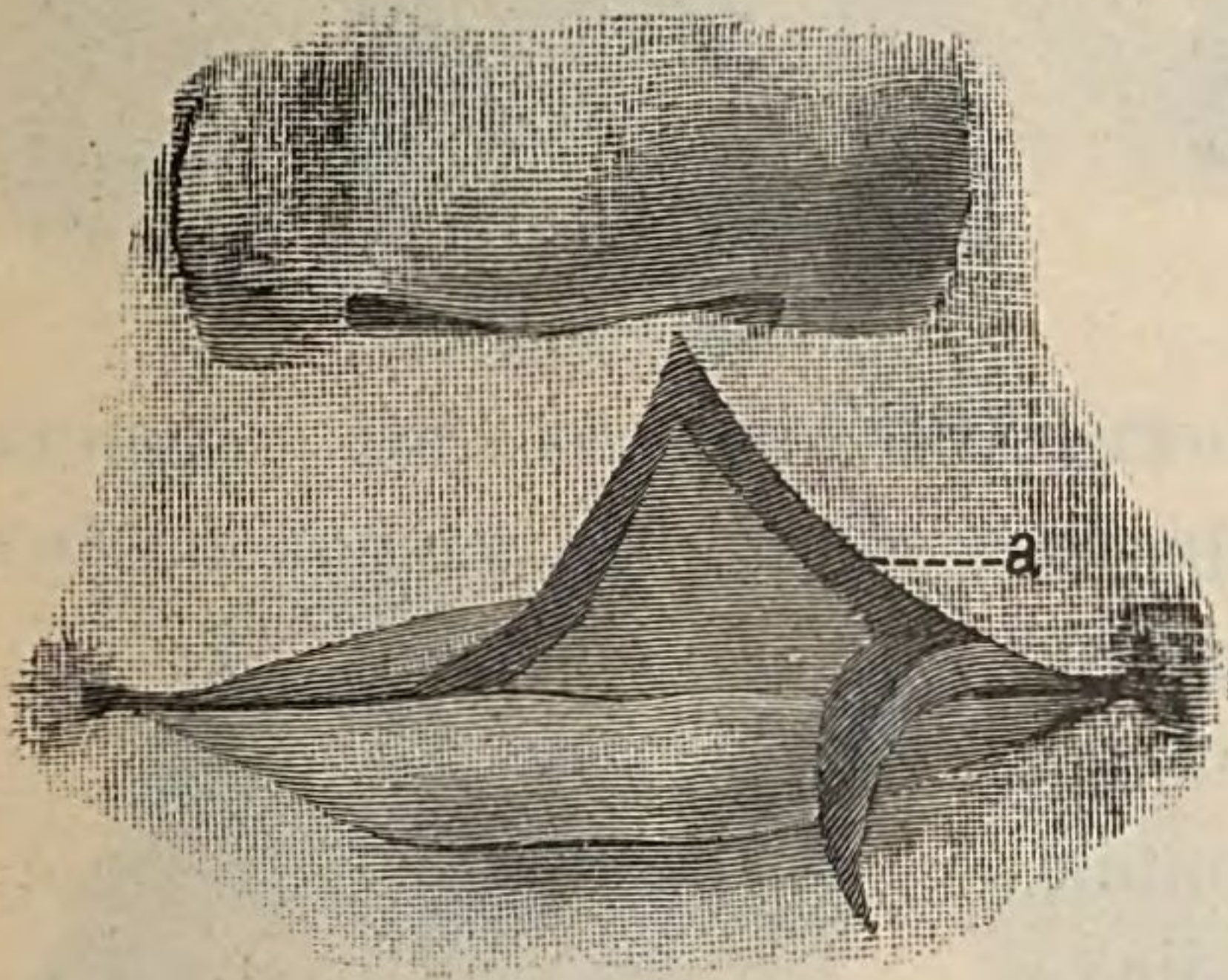


Fig. XI.

Mirault selbst benutzte dazu, wie Malgaigne, nur den Spaltraum (Lippenroth) (Fig. XI).

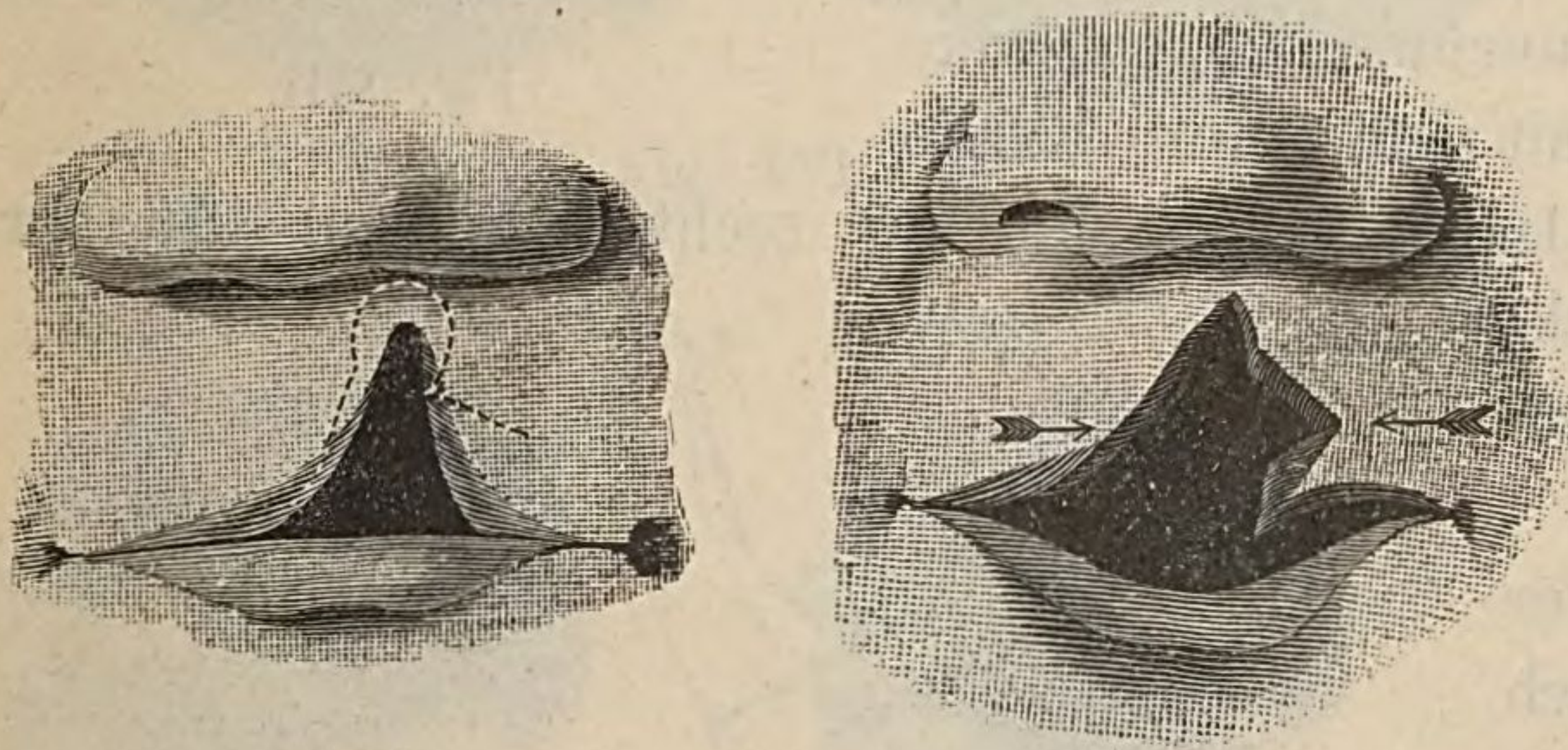


Fig. XII.

Alle bis jetzt erwähnten Operationsmethoden haben jedoch den Nachtheil, daß sie einen rüsselförmigen Vorsprung liefern, der kosmetisch sehr störend ist, da er nicht in die Mitte der Lippe fällt. Um diesem Uebelstande abzuhelpen, wurden von Mirault und später von v. Langenbeck die früheren Verfahren so abgeändert, daß nur auf der einen Seite das Läppchen erhalten wurde, während die andere so zugeschnitten wurde, daß das oben besprochene Läppchen sich gut auf ihr anlegte.

Die Benutzung des darüber liegenden Theiles der Lippe zur Bildung einer größeren Basis des Läppchens ist eine Modifikation ¹⁾ des Mirault'schen Verfahrens (Fig. XII).

Dadurch soll auch die Höhe der Lippe um die Breite des Läppchens gewonnen haben. Nach Simon ²⁾ und Coste ³⁾ soll die Einfügung der Spitze des Läppchens in die Anfrischung der anderen Seite sicherer werden, wenn die Spitze des Läppchens rechtwinklig zuge-

¹⁾ König, Lehrbuch der Chirurgie. 1885. Band I, pag. 314.

²⁾ Hoffa, Zur Mortalität der operirten Hasenscharten und Gaumenspalten.

³⁾ Schmidt's Jahrbücher, 71, 341.

schnitten und auch am Ende der Anfrischungsstelle ein kleiner rechter Winkel angebracht wird (Fig. XIII).

Diese Methode von Mirault, die in unsern Fällen vielfach angewandt worden, liefert sehr gute Resultate.

Giraldès¹⁾ bildet zwei Lappen, den einen, der auf der rechten Seite in seinem oberen Theile, den anderen, der linkerseits in seinem unteren Theile mit der Lippe zusammenhängt. Hierauf wird der erste Lappen in horizontale Lage gebracht, so daß er unter das linke Nasenloch zu liegen kommt. Eine kleine schiefe Incision von circa 1 Ctm. in der linken Nasolabialfalte ist dazu bestimmt, die Spitze des rechten Lappens aufzunehmen. Der linke Lappen wird nun sowohl mit dem untern Rande des rechten horizontalen Lappens, als mit der rechten Lippenhälfte vereinigt, worauf eine Zickzacklinie als Vereinigungslinie entsteht (Fig. XIV).

Von Gillette²⁾ ist, unter dem Titel Operation nach Giraldès, eine Verbesserung des Giraldès'schen Verfahrens angegeben worden, deren

Art der Operation und Vereinigung aus Figur XV (pag. 21) ersichtlich ist.

König³⁾, von der Erfahrung ausgehend, daß der Mirault'sche Lappen öfters nicht gut in die Lippe einheilt und dann durch Umkrempelung ein

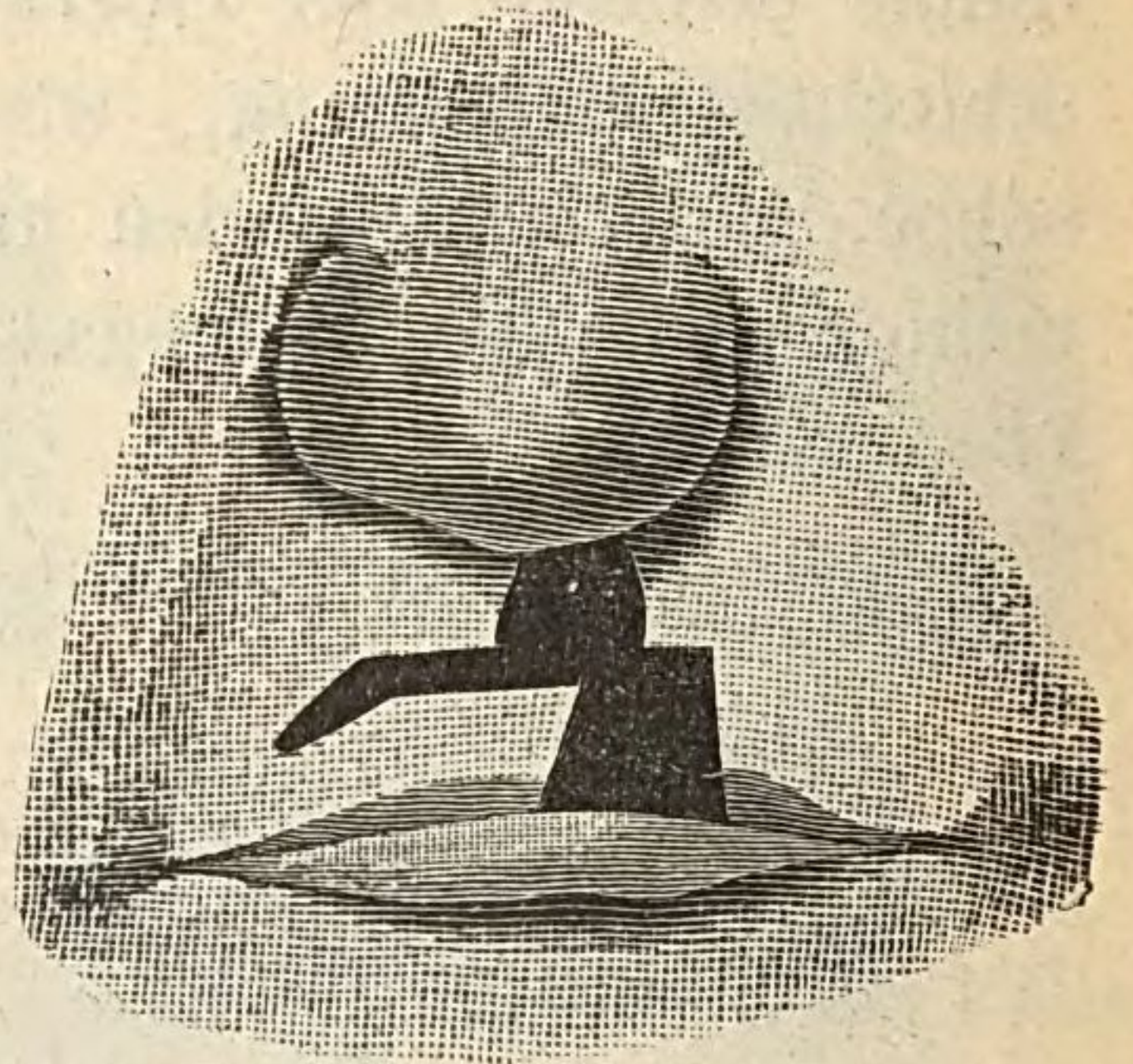
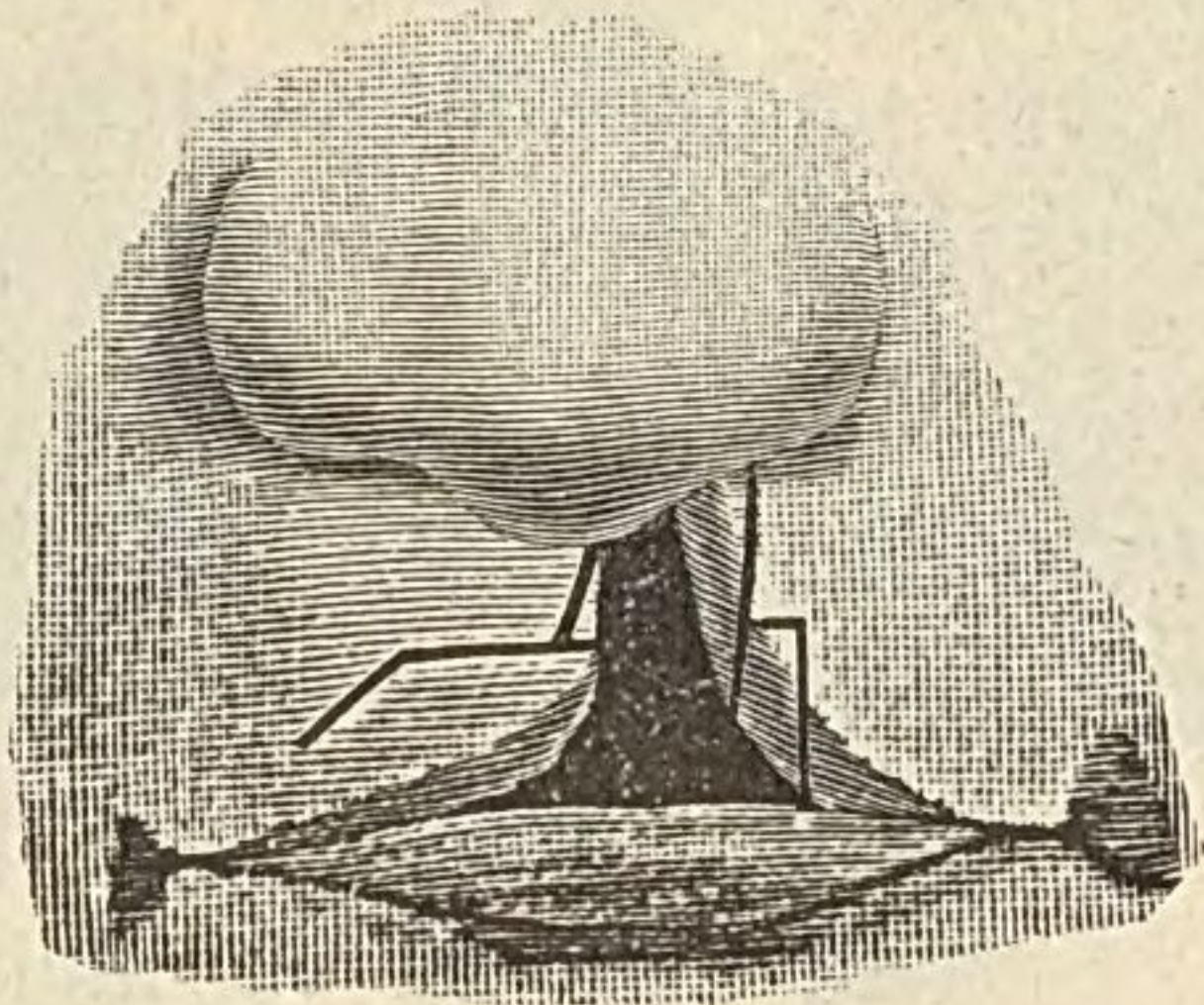


Fig. XIII.

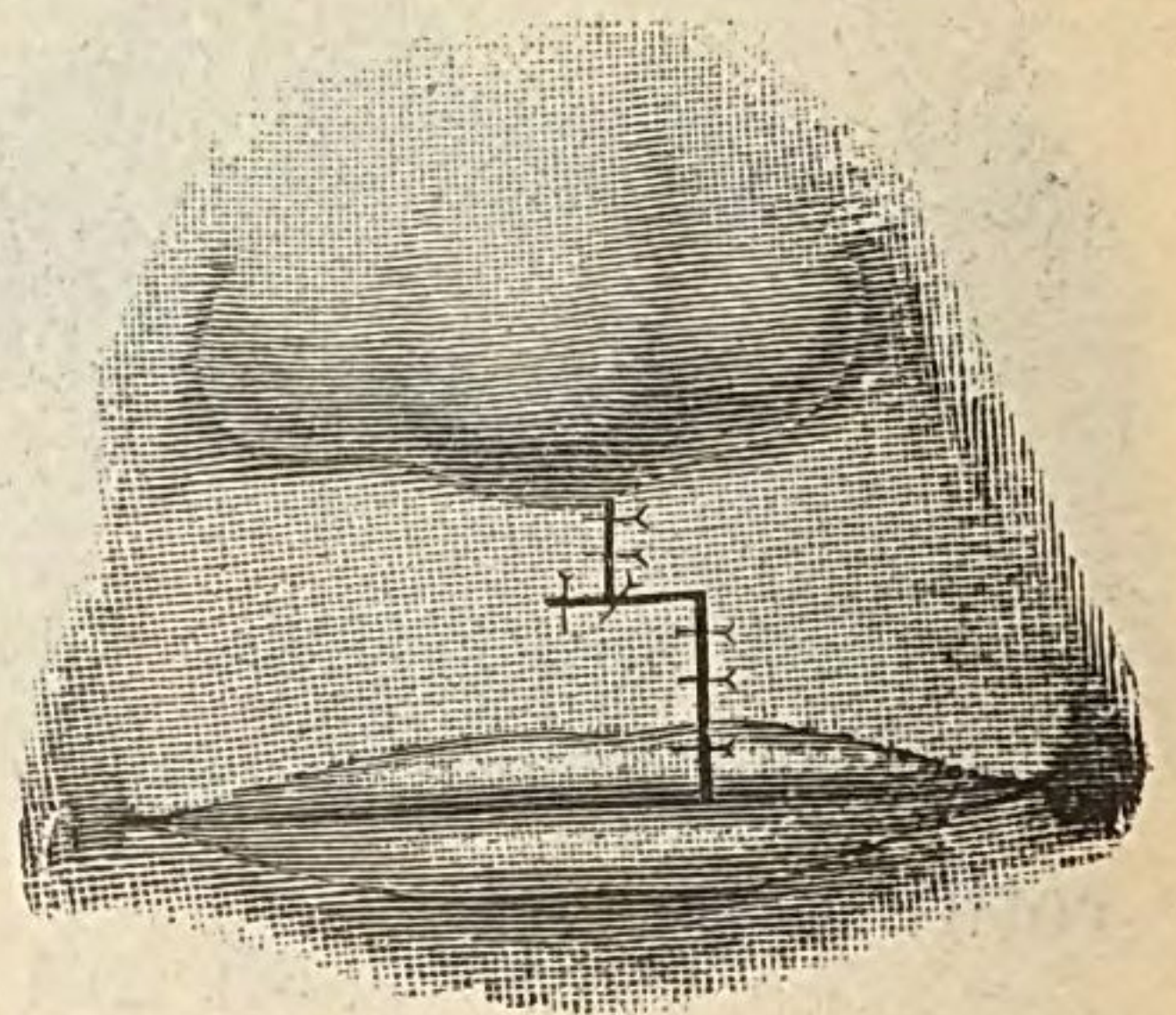


Fig. XIII.

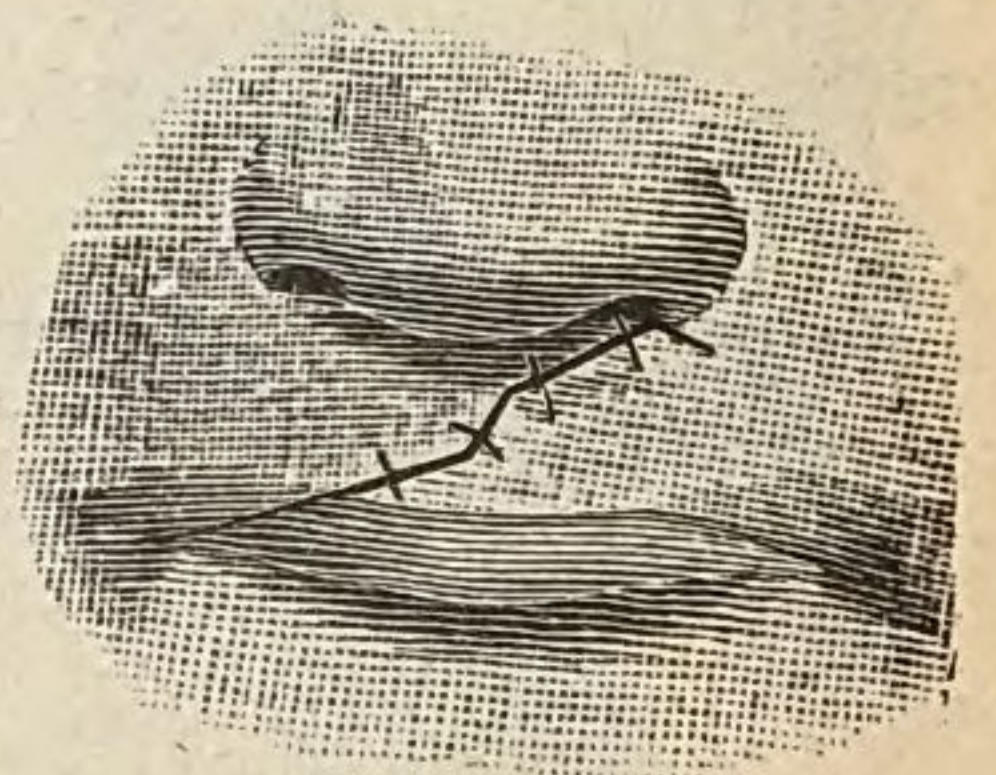
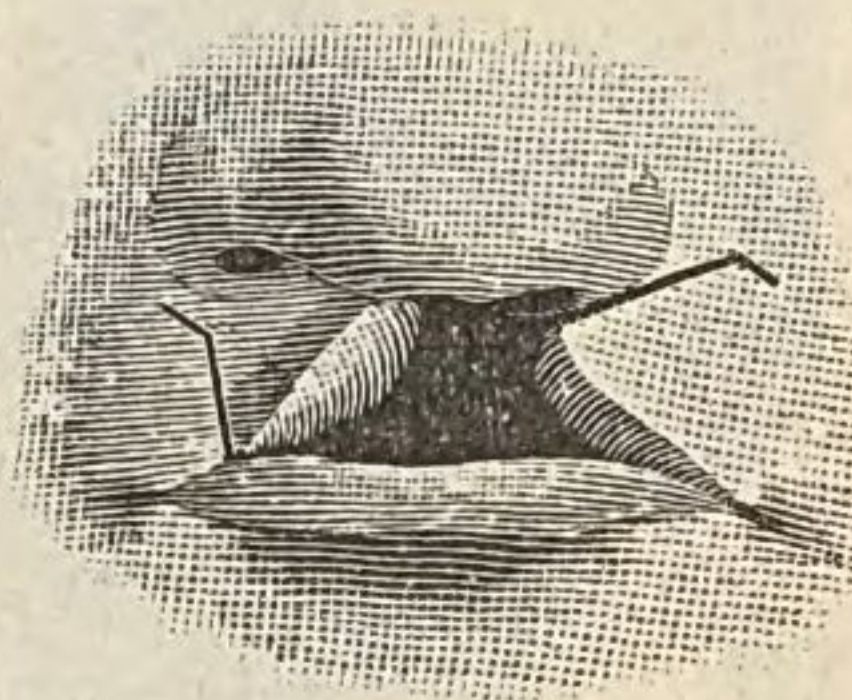


Fig. XIV.

¹⁾ Giraldès, Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. 1868, pag. 156.

²⁾ Gillette, l. c., pag. 342.

³⁾ König, Lehrbuch der Chirurgie. 1885, pag. 318.

häßliches Resultat geben soll, benutzt denselben zur Lippenbildung nicht mehr, sondern schneidet ihn beiderseits weg. Darauf wird auf beiden Seiten

durch die Haut der Lippe ein horizontaler Schnitt geführt und können mit demselben nun je nach Bedürfnis kleinere oder größere Läppchen gebildet werden. Diese lassen sich genau aufeinander passen, so daß es ein leichtes ist, Lippenroth auf Lippenroth zu vereinigen. Die vertikale Anfrischung ist schon von Anfang an vereinigt worden und es bleibt nur die Vereinigung des oberen und unteren Lippen- theiles (Fig. XVI).

Selbst König gibt an, daß diese Naht, dort wo sich die vier Ecken der angefrischten Läppchen treffen, eine schwache Stelle habe und empfiehlt das sogleich zu beschreibende Hagedorn'sche ¹⁾ Verfahren.

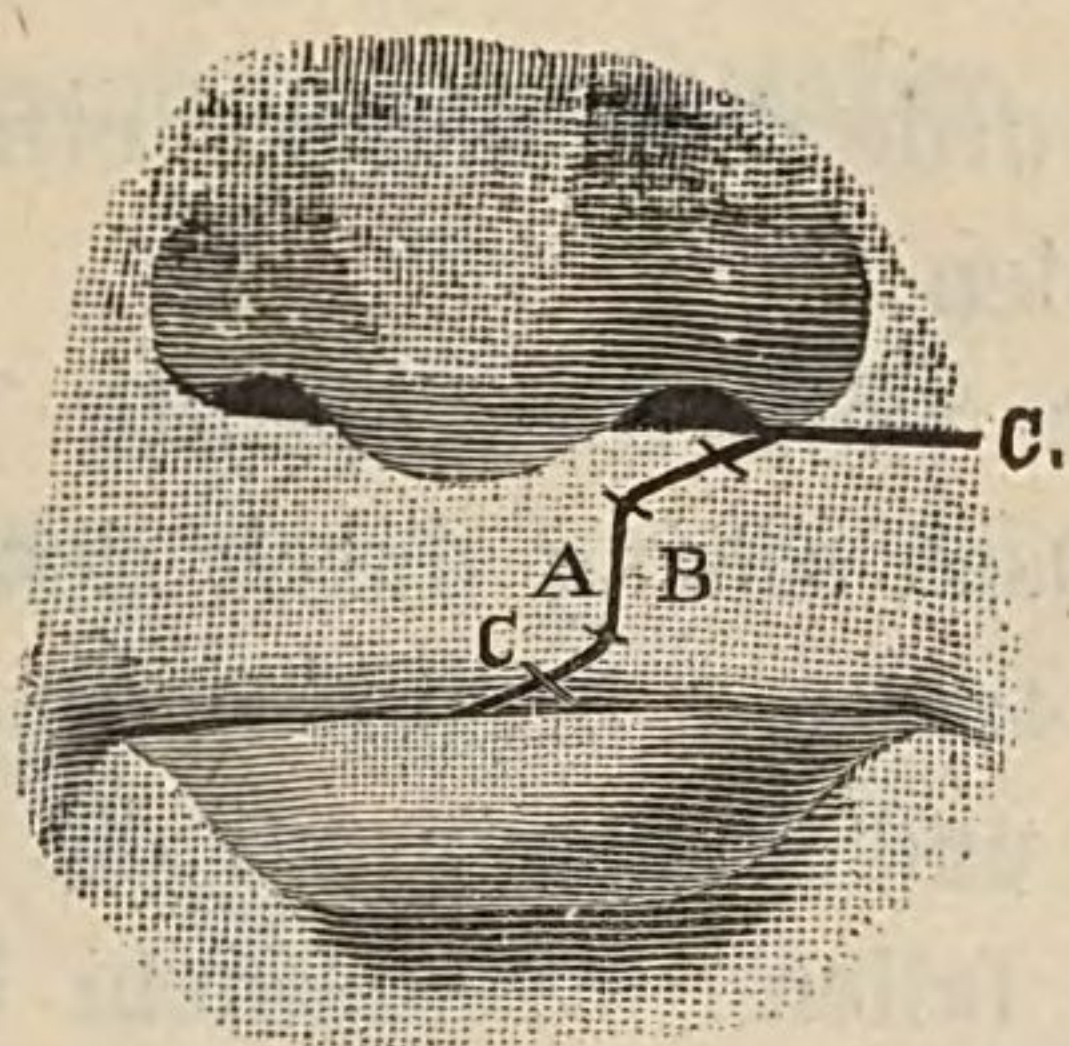
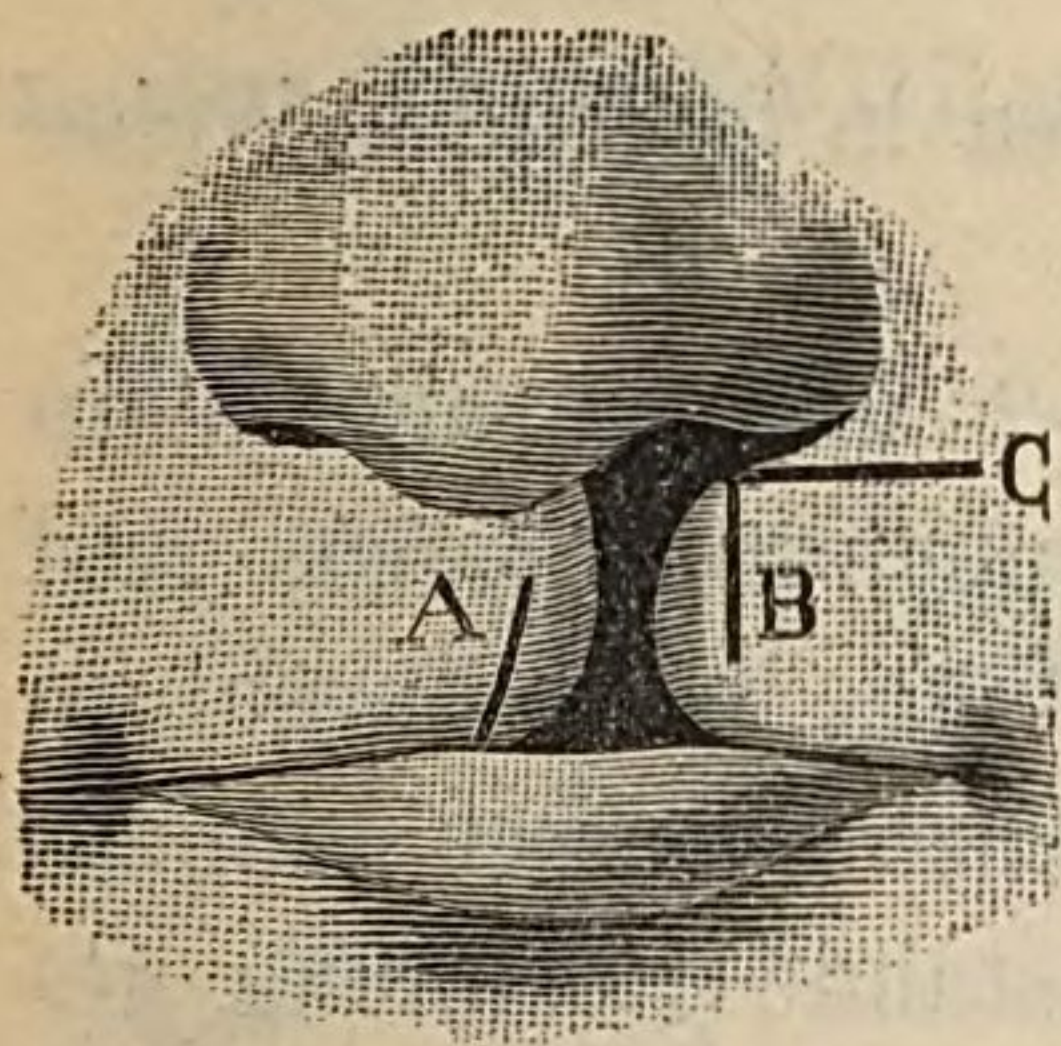


Fig. XV.

einigen. Die vertikale Anfrischung ist schon von Anfang an vereinigt worden und es bleibt nur die Vereinigung des oberen und unteren Lippen-

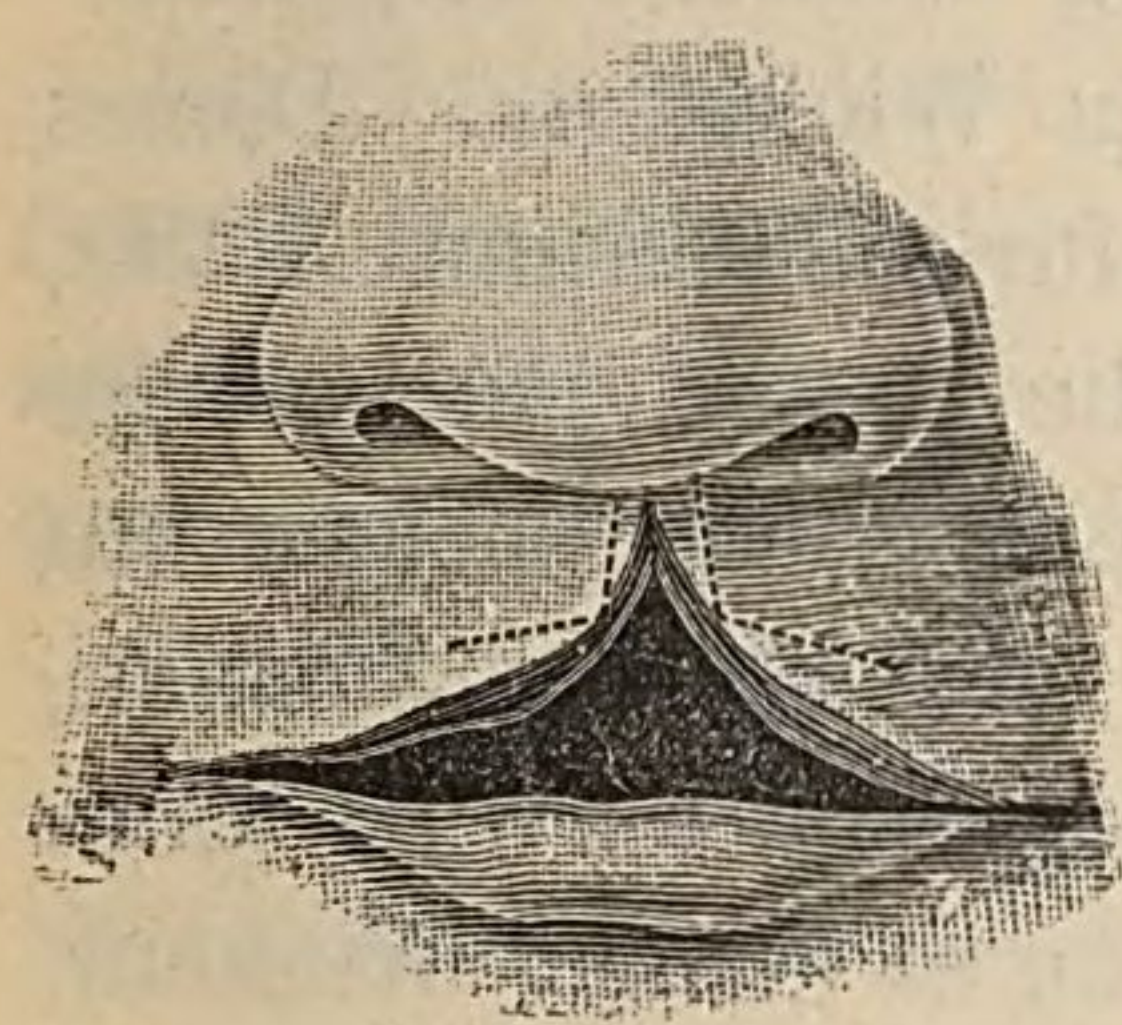
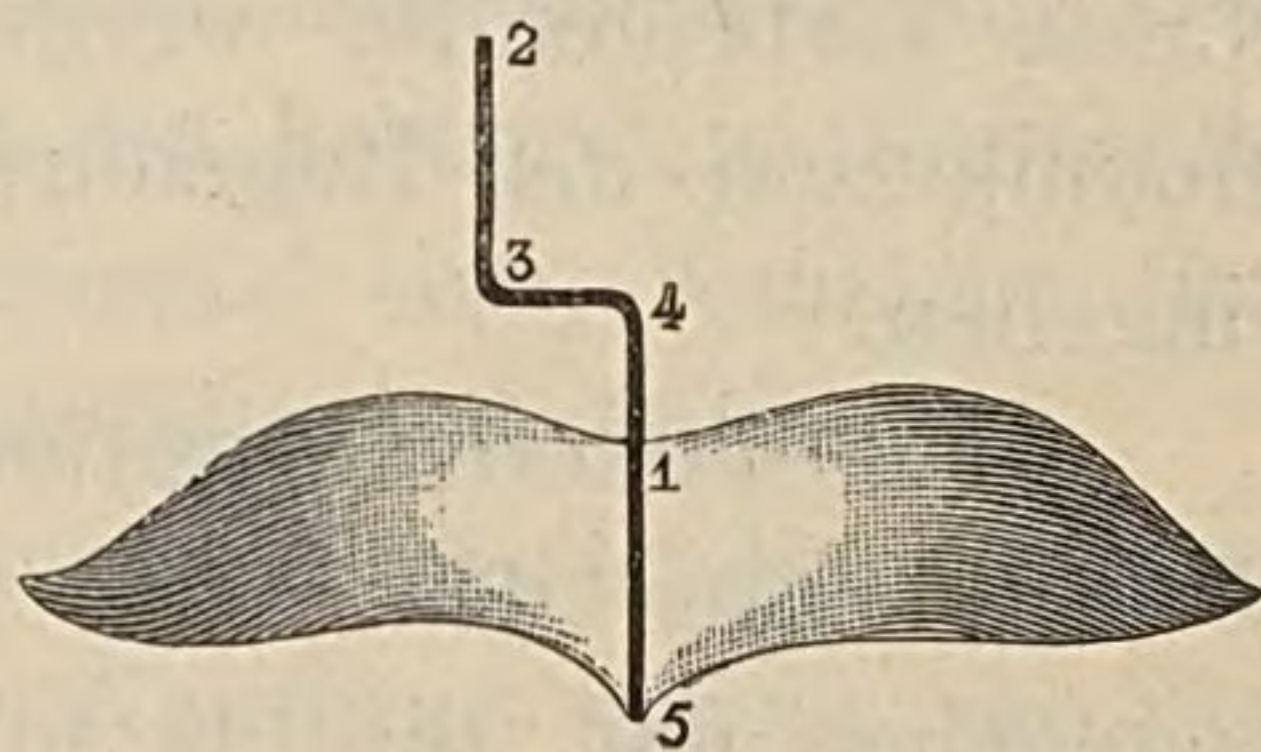
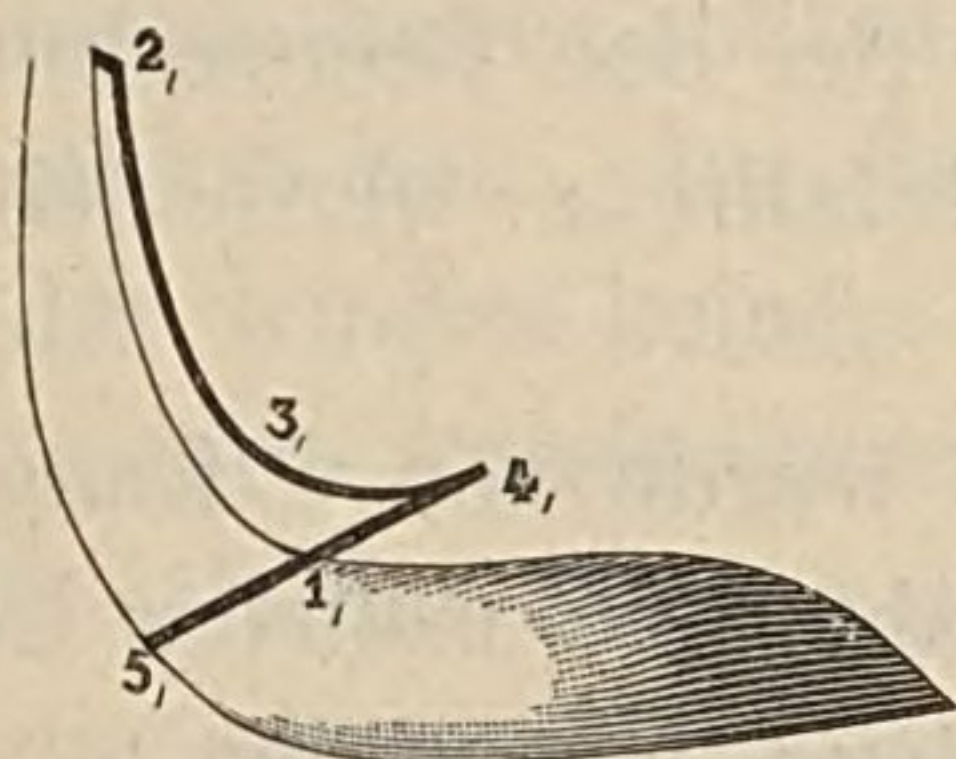
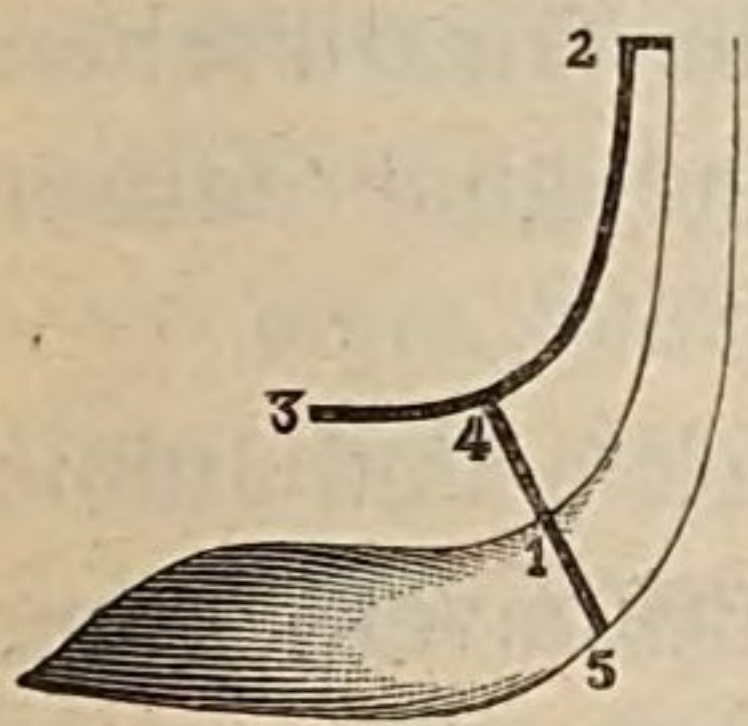


Fig. XVI.



Auf der lateralen Seite führt Hagedorn zuerst den Schnitt 3—4—2, im Anfange von 3—4 parallel dem

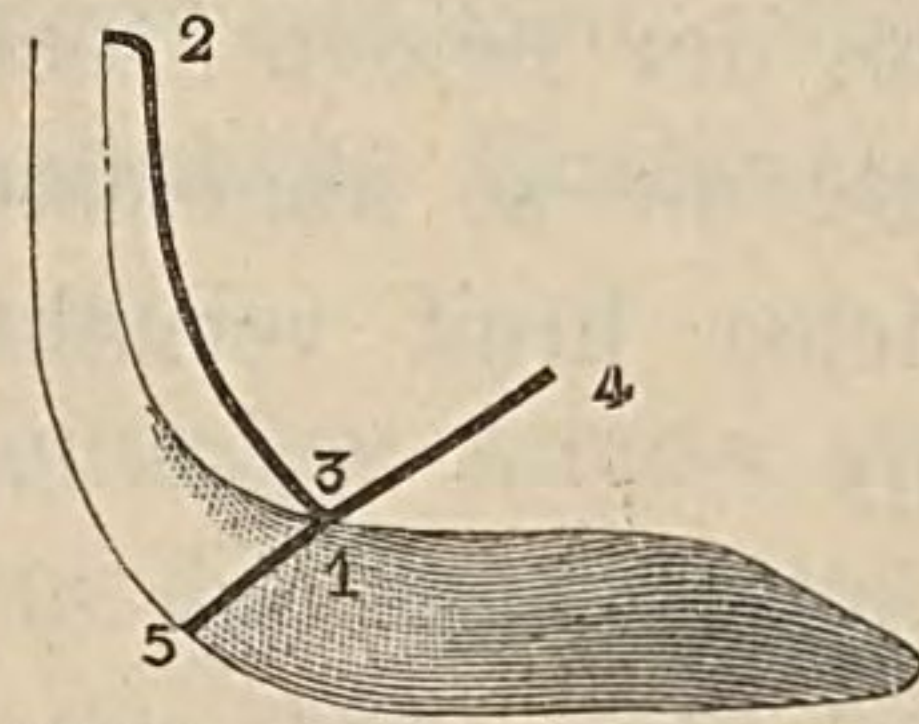
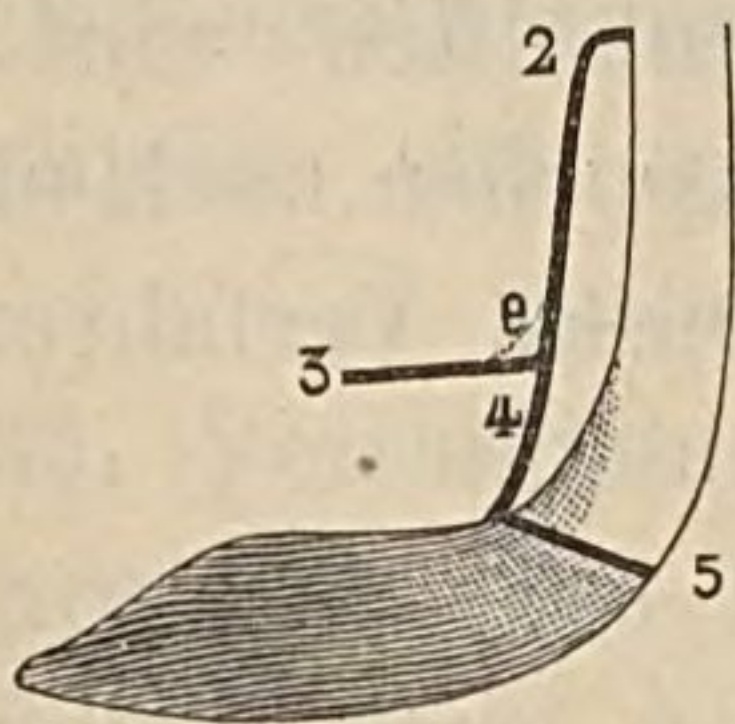


Fig. XVII.

Lippenroth verlaufend. Auf der medianen Seite wird der Schnitt 4₁ — 3₁ — 2₁ gemacht. Zum

¹⁾ Bericht über die Verhandlungen der chirurgischen Sektion der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg. Centralblatt für Chirurgie, 1884, Nr. 45.

Schlusse fügt man die Schnitte 5—4 und 5₁—4₁ hinzu. Die Vereinigung erfolgt genau nach der Figur XVII. Punkt 3 kommt in den Winkel 3 der lateralen Seite.

Von Hagedorn ¹⁾ selbst wurde dann dieses Verfahren in folgender Weise modifizirt und bestens empfohlen:

Zuerst auf der lateralen Seite die Schnitte 1—2 und parallel dem Lippensaum 3—4. Zum Schlusse schräg durch den Lippensaum 1—5. Auf der Medianseite die Schnitte 4₁—1₁—5₁ und dann 2₁—3₁, wobei darauf zu achten ist, daß die Punkte 1₁ und 3₁ genau auf die Grenze zwischen Lippenroth und gewöhnlicher Haut fallen. Wenn dem Umstande Rechnung getragen wird, daß die Linien 3—4, 4—1 und 4₁—1₁ alle gleich lang sind, so macht sich die Vereinigung in der leichtesten Weise.

Man kann eine leichtere Anlegung der Wundränder dadurch herbeiführen, daß der Winkel *e* etwas abgerundet wird und der daraus entstehende Bogen der Länge 2₁—3₁ entspricht. Die Vereinigung entsteht folgendermaßen: Spitze 3₁ kommt in Winkel 3; Spitze 4 in Winkel 4₁. Dieses Verfahren ist ein sehr empfehlenswerthes, namentlich für schwierigere Fälle, wo die Spaltränder weit auseinander stehen und die Lippe eine geringe Höhe hat. Es steht nämlich durch die Hagedorn'sche Methode in unserem Belieben, die Höhe der Lippen um ein Beträchtliches vergrößern zu können, was ein nicht zu unterschätzender Vortheil ist. Als einziger Vorwurf kann der Methode vorgehalten werden, daß durch Bildung von so kleinen Winkeln, namentlich wenn durch dieselben Nähte gelegt werden, leicht ein Absterben dieser kleinen Lippentheile und ebenfalls ein leichteres Durchschneiden der Nähte herbeigeführt werden kann. Bei der Besprechung der Girard'schen Modifikation des Hagedorn'schen Verfahrens werde ich noch näher darauf eingehen.

Eine weitere Operationsmethode wurde von v. Langenbeck ²⁾ und Julius Wolff ³⁾ unter dem Titel Zickzacknaht mit isolirter Lippensaumvernähung angegeben und wird in folgender Weise ausgeführt.

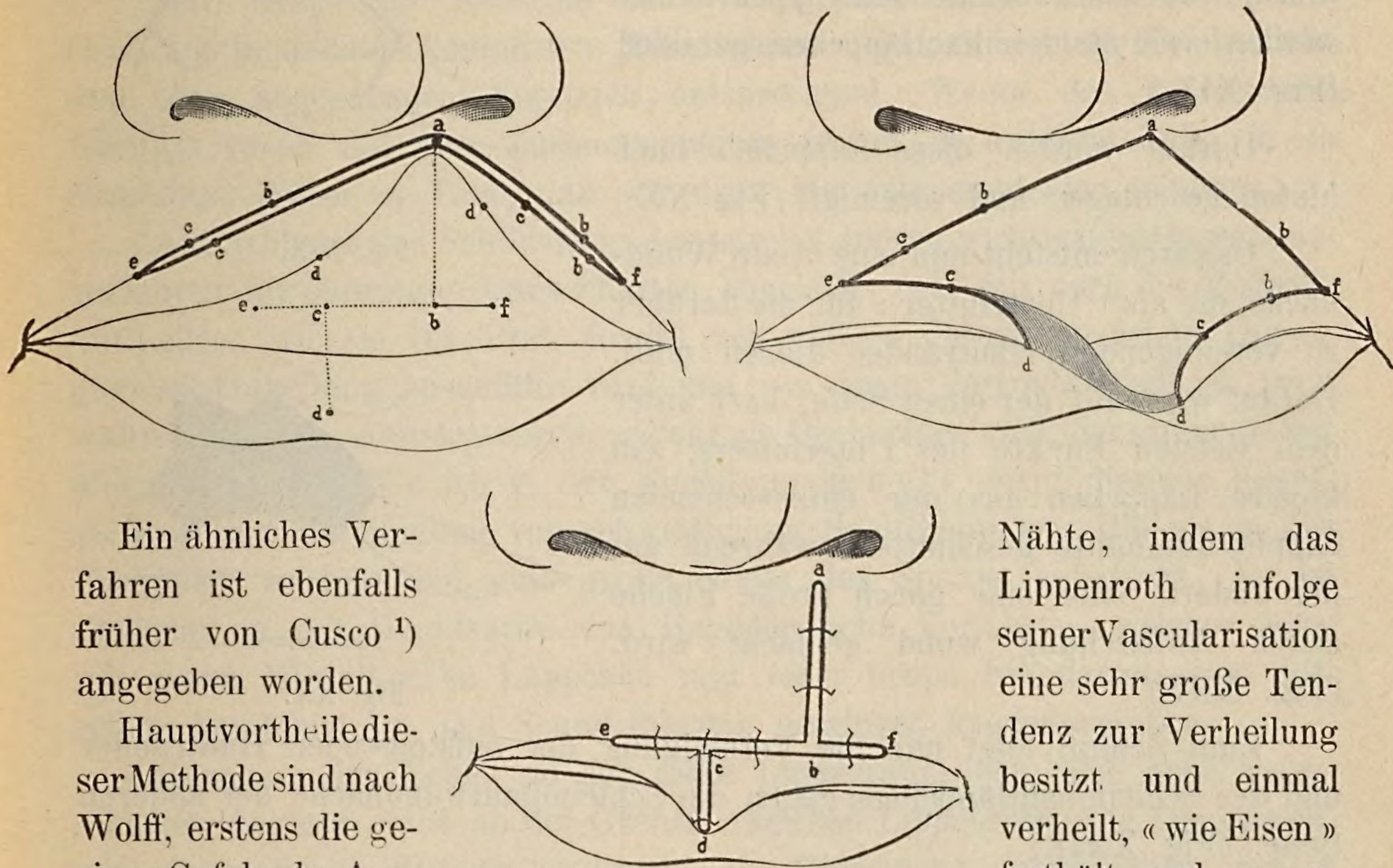
Der Lippensaum der beiden Oberlippenhälften wird von der übrigen Lippe abgetrennt und die so abgelösten Läppchen nach unten umgeschlagen und eventuell möglichst breit vernäht. Dieses Verfahren gilt jedoch nur für niedrige Spalten.

¹⁾ Hagedorn, l. c.

²⁾ Langenbeck, Die v. Langenbeck'sche Lippensaumverziehung als Methode der Hasenscharten-Operation. D. S. Wolff. Langenbeck's Archiv. Band XXV, Heft 2.

³⁾ J. Wolff, Ueber die Operation der Hasenscharte. Berliner klinische Wochenschrift. 1886. Nr. 35 und 36.

Bei hochhinaufreichenden Spalten wird die mittlere Partie des abgelösten Lippenraumes fortgeschnitten und zwar ein viel größeres Stück von der gesunden, als von der Spaltseite. Die Vernähung geschieht nach den in der Figur XVIII angegebenen Buchstaben.



Ein ähnliches Verfahren ist ebenfalls früher von Cusco ¹⁾ angegeben worden.

Hauptvorteile dieser Methode sind nach Wolff, erstens die geringe Gefahr des Auseinandergehens der

die andern Nähte gelassen haben sollten, einigermaßen eine Vereinigung der Spaltbildung herbeigeführt hat. Im Fernern soll die horizontale Nahtlinie *e—f* beim Schreien des Kindes keinem Zuge ausgesetzt sein; somit ist für diese Linie die Gefahr des Auseinandergehens ebenfalls eine geringe.

Auch kosmetisch soll der Erfolg der Wolff'schen Methode ein vorzüglicher sein, indem die obenerwähnte horizontale Nahtlinie genau in die Grenze zwischen Lippenroth und Lippenweiß fällt, welche Linie ja schon bei normalen Oberlippen eine narbenähnliche Beschaffenheit hat (Demarkationslinie). ²⁾

Als auf der 35. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher zu Königsberg im Jahre 1860 das Prinzip der Sparsamkeit in der plastischen Chirurgie hauptsächlich betont wurde, erwähnte auch Esmarch seine eigene

¹⁾ Gillette, l. c., 1878, pag. 43.

²⁾ Hyrtl, Topographische Anatomie. Aufl. 4. I. S. 294.

Methode der Hasenscharten-Operation, die 1883 von Berendsen ¹⁾ publiziert wurde.

Für die breiten, einseitigen Lippen-
spalten wird dieselbe folgendermaßen ausge-
führt: Aus den aufsteigenden Lippensäumen
werden zwei Schleimhautläppchen gebildet.
(Fig. XIX.)

Darauf werden diese Läppchen nach
hinten geschlagen und vereinigt. (Fig. XX.)

Dadurch entsteht nun eine breite Wund-
fläche, die als « Unterfutter » für die darüber
zu vereinigenden Hautränder dienen muß.
Darauf wird auf der einen Seite, hart unter
dem tiefsten Punkte des Unterfutters, ein
kleines Läppchen aus der entsprechenden
Lippensaumhälfte geschnitten, während auf
der andern Seite eine gleich große Fläche
durch Anfrischung wund gemacht wird.
(Fig. XXI.)

Zum Schluß folgt nun die Vereinigung der aufsteigenden Hautränder
und des Schleimhautläppchens gegen die Schleimhautwundfläche der anderen
Seite. (Fig. XXII.)

Als Vortheile dieser Methode führt
Berendsen an, daß bei eintretender Eite-
rung entweder
die Schleim-
hautnaht hal-
ten kann oder
die Hautnaht;
daß also ein
gleichzeitiges
Aufgehen der
Nähte, wie wir
es bei den an-
deren Operationen finden, hier nicht so leicht zu Stande kommen könne.

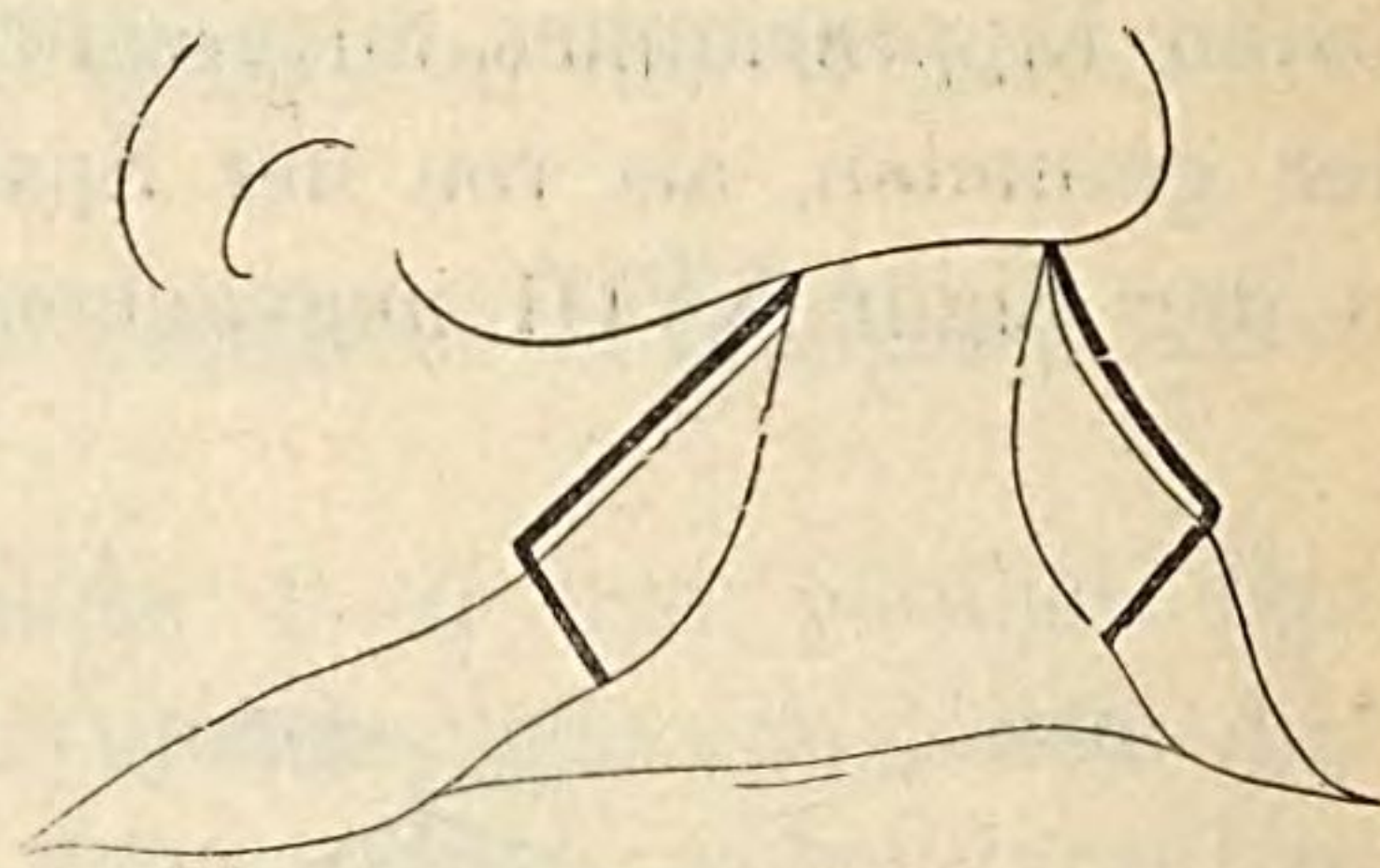


Fig. XIX.

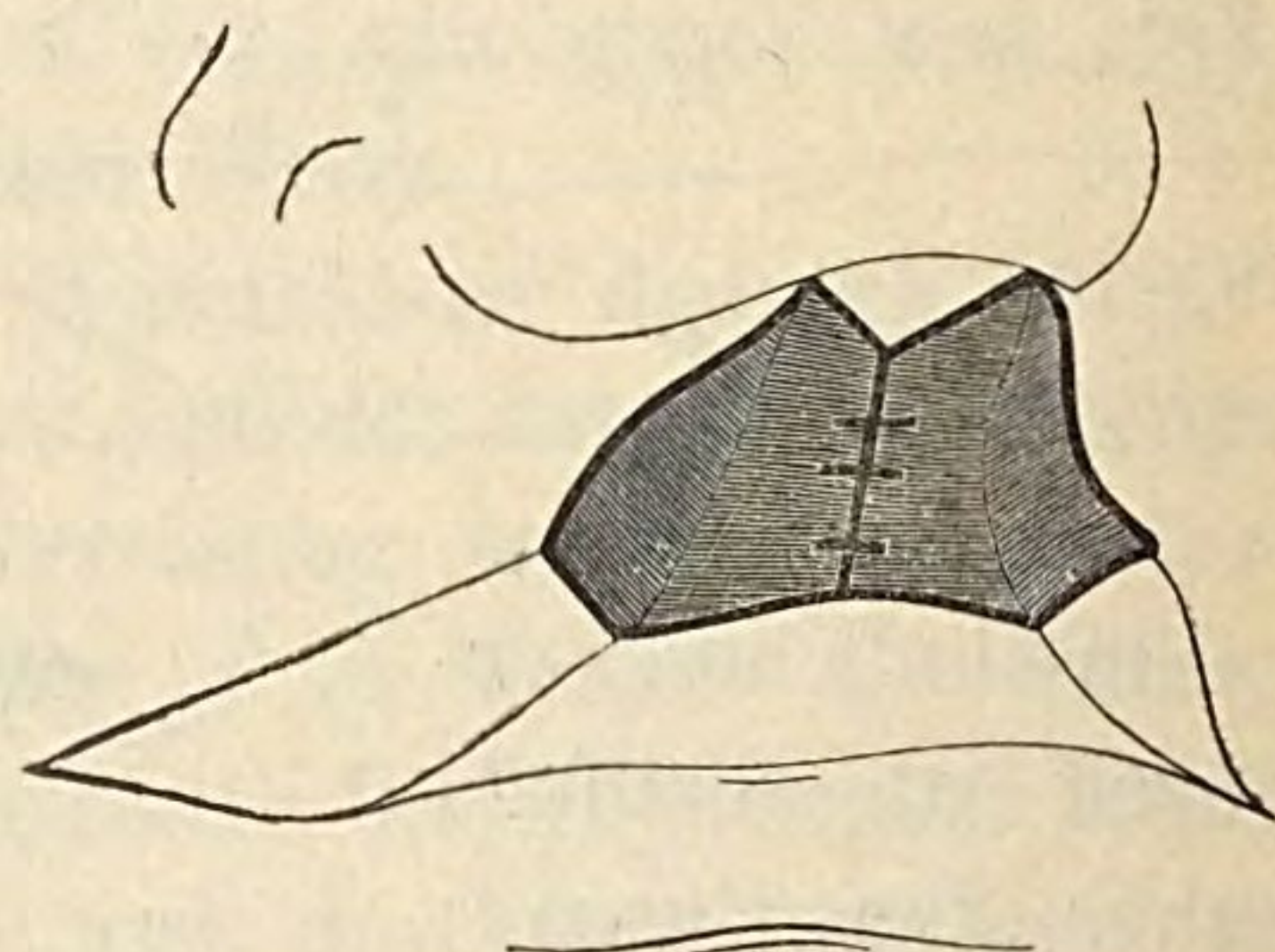


Fig. XX.

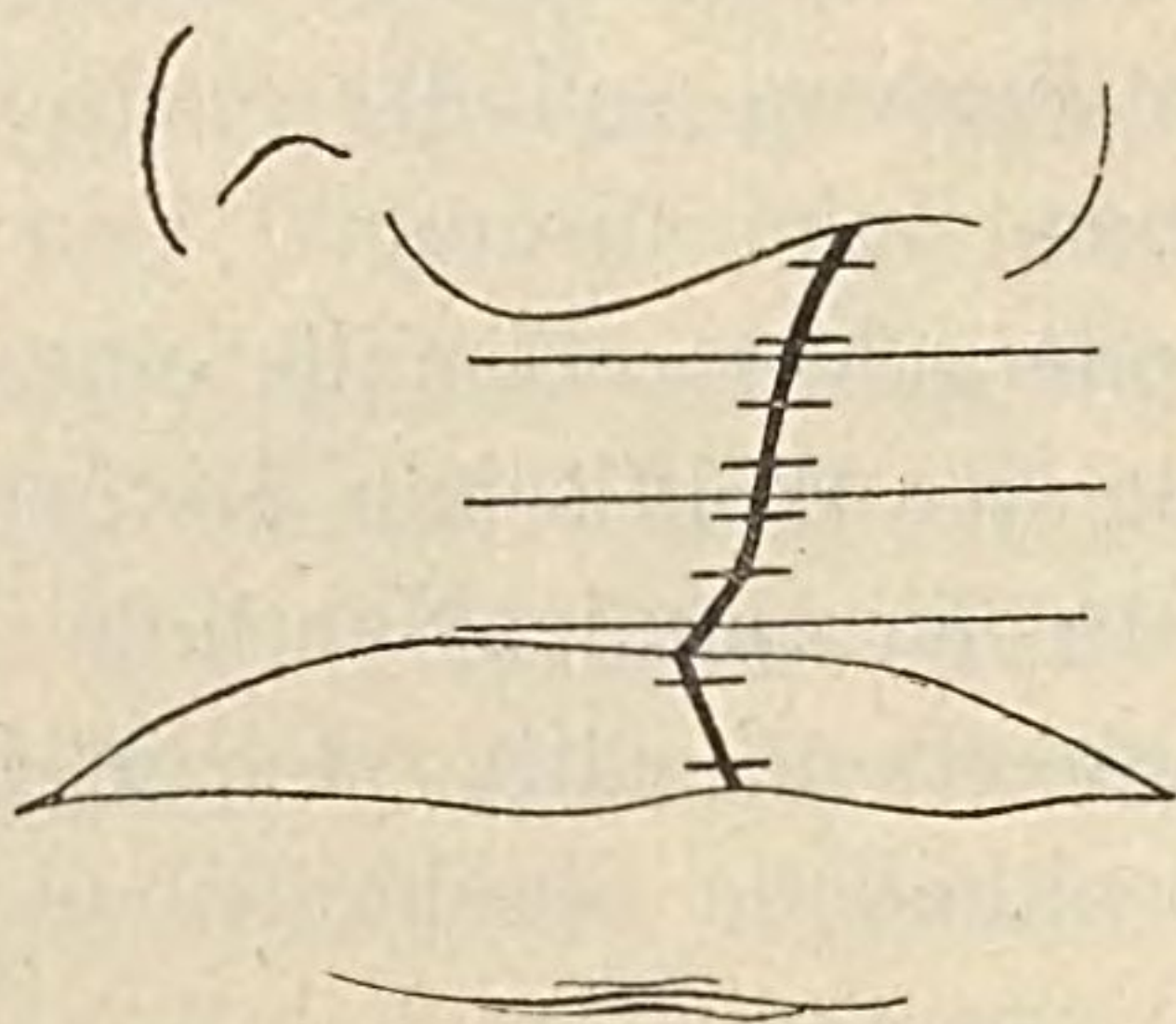


Fig. XXII.

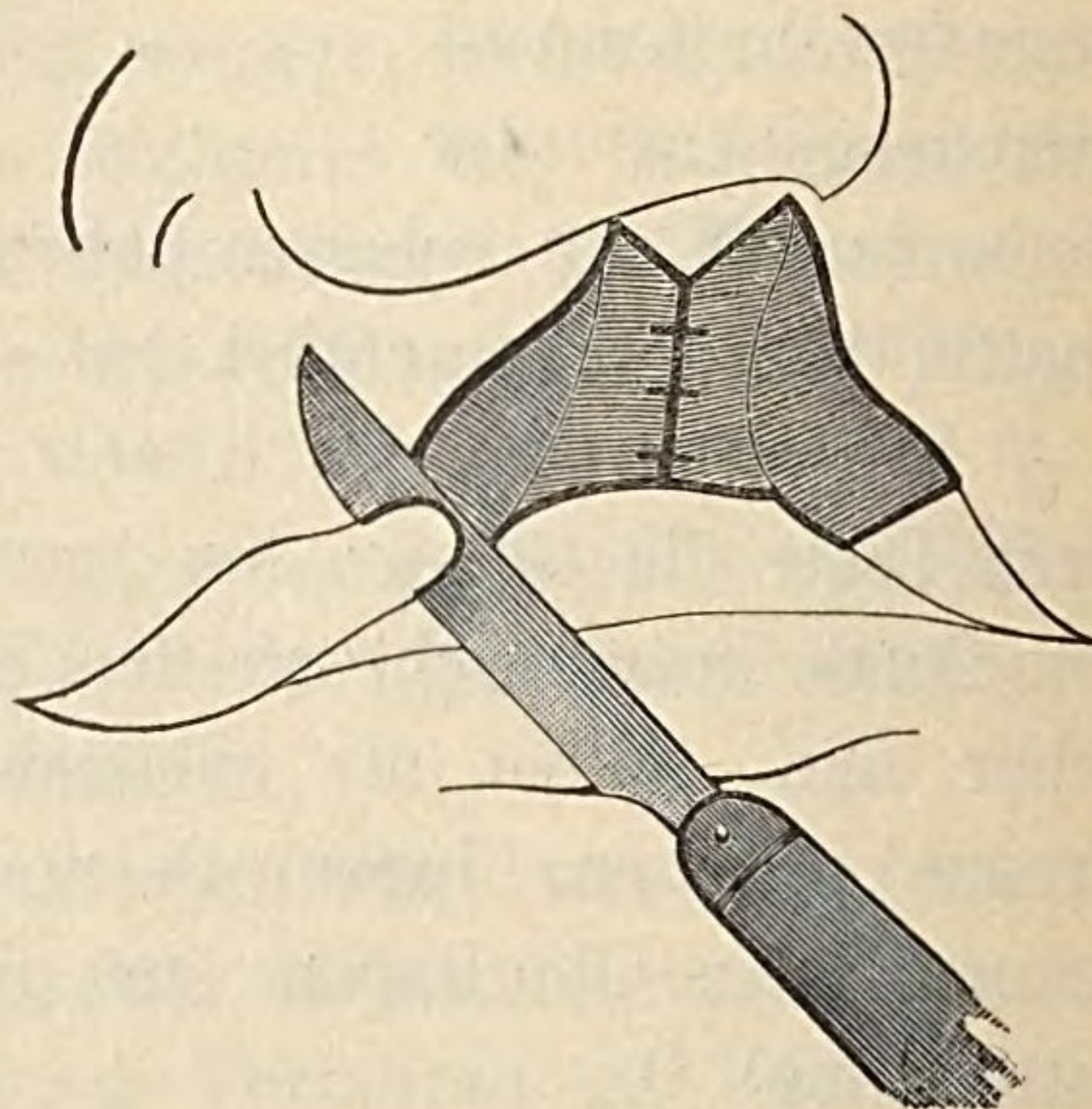


Fig. XXI.

¹⁾ Berendsen, Die Esmarch'sche Methode der Hasenscharten - Operation. J. D. 1883. Kiel.

Zweitens soll das kosmetische Resultat ein sehr gutes sein. Breite Oberlippe, kein Einkniff.

Drittens soll entsprechend dem oben erwähnten Sparsamkeitsprinzip, jedes Stückchen Material seine Verwendung finden.

Wir haben zur Kontrolle einen Fall nach dieser Methode operirt (Fall 36, linksseitige komplizirte Hasenscharte); jedoch war der Erfolg nicht den oben angegebenen Vorzügen entsprechend. Weder das kosmetische Resultat, noch das gute Zusammenhalten traten in unserem Falle in so eklatanter Weise zu Tage, daß wir diese Methode empfehlen könnten.

Am Schlusse der Schilderung der mir bekannten wichtigsten Operationsverfahren für einseitige Hasenscharten angelangt, will ich noch die Methode mittheilen, wie sie von Prof. Girard seit einigen Jahren an seiner chirurgischen Abtheilung ausgeführt wird und von deren Vortrefflichkeit ich mich während meiner Assistentenzeit sowohl als Beobachter und Operateur selbst überzeugt habe. Wie ich in der Einleitung bemerkt, dient dieselbe hauptsächlich zur Vereinigung von schwierigeren Spaltbildungen, die bis in das Nasenloch reichen und eine große Breite des Spaltes aufweisen. Es ist übrigens in der Hauptsache das Hagedorn'sche Verfahren, welches aber mit einem Mirault'schen Läppchen und einer neuen Einpflanzungsart desselben kombinirt ist. Die Schnittführung geschieht folgendermaßen:

Genau in der Ecke, wo der rothe Lippensaum sich nach oben umzuschlagen beginnt, wird an der Grenze zwischen Lippenroth und Lippenweiß mit einem feinen Bistouri senkrecht zur Oberfläche eingestochen und in geradem Schnitte 1—2 und 1₁—2₂ der Lippensaum von der Lippe getrennt. Hierbei ist hauptsächlich darauf zu achten, daß namentlich in der Nähe der Nase keine Reste von Lippenroth zurückbleiben, indem sonst in späteren Jahren sehr unschöne rothe Reste davon in der Mitte der Lippe resultiren. Ob nun der Schnitt genau die Grenze des Lippenrothes und Lippenweißes innehält, ist von keiner Bedeutung. Im Gegentheil ist es erwünscht, wenn mit dem abgelösten Läppchen auch etwas Weiß mitkommt. Die Hauptbedingung ist nur, daß der Schnitt scharf sei, und daß an der angefrischten Lippe kein Roth zurückbleibt.

Die Spitzen der auf diese Weise präparirten Läppchen werden in haemastatische Zangen genommen und nach unten geschlagen. (Fig. XXIII, pag. 26.)

Auf der medianen Seite folgt nun der Schnitt 3—4 parallel dem Lippensaum und zwar ist darauf zu achten, daß die Länge von 1—4 gleich der Länge 3—4 wird. Auf der lateralen Seite wird der Schnitt 3₁—4₁ geführt.

Bei der Vergleichung unserer Schnittführung mit der Hagedorn'schen Operation wird man bemerken, daß unsere Incisionen auf der lateralen Seite, denjenigen der medianen der Hagedorn'schen Operation entsprechen und umgekehrt. Dies rührt daher, daß wir, wegen Verwendung des medianen Lippenrothläppchens, auch die dem Lippensaum parallel verlaufende Incision auf die mediane Seite verlegen müssen.

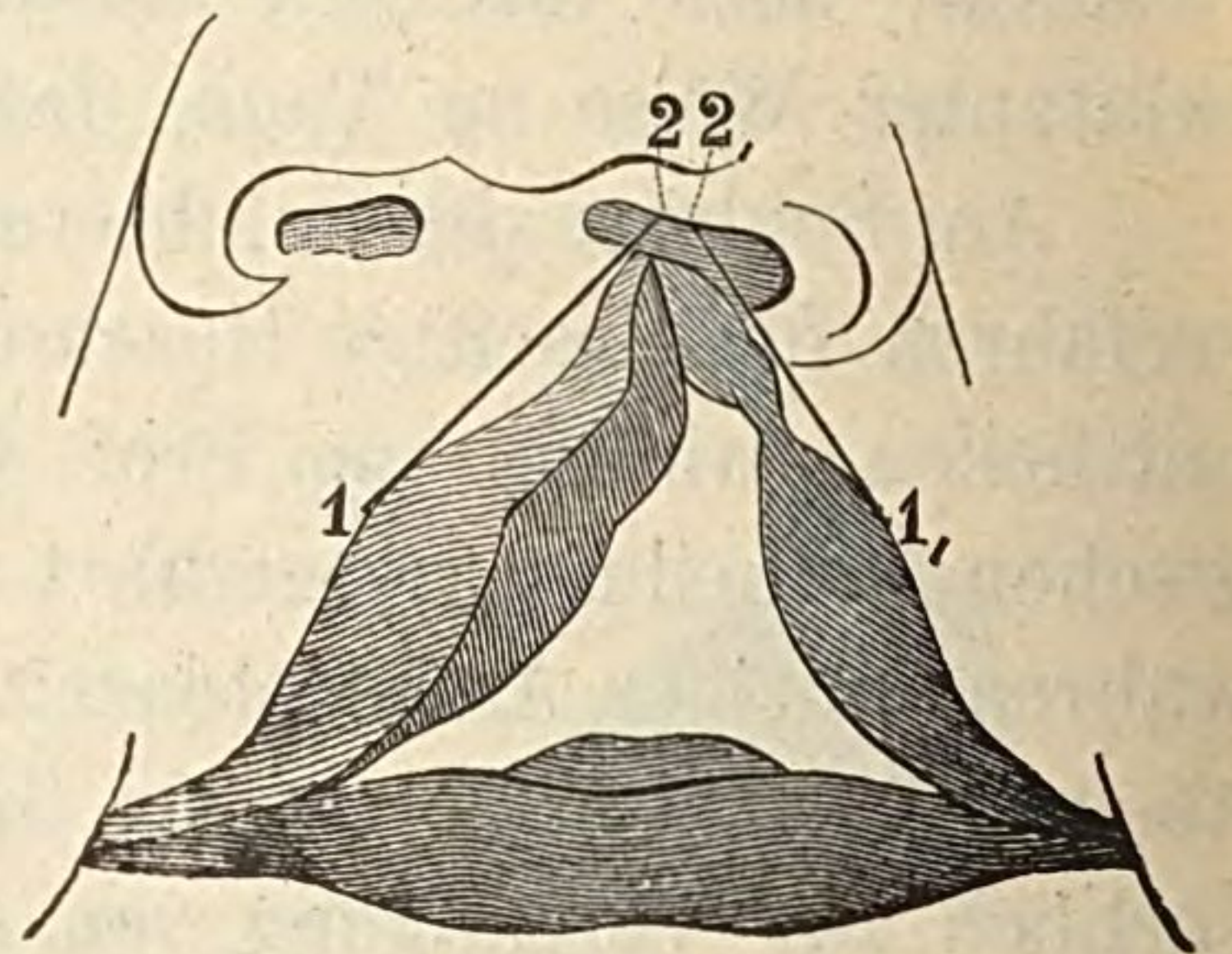
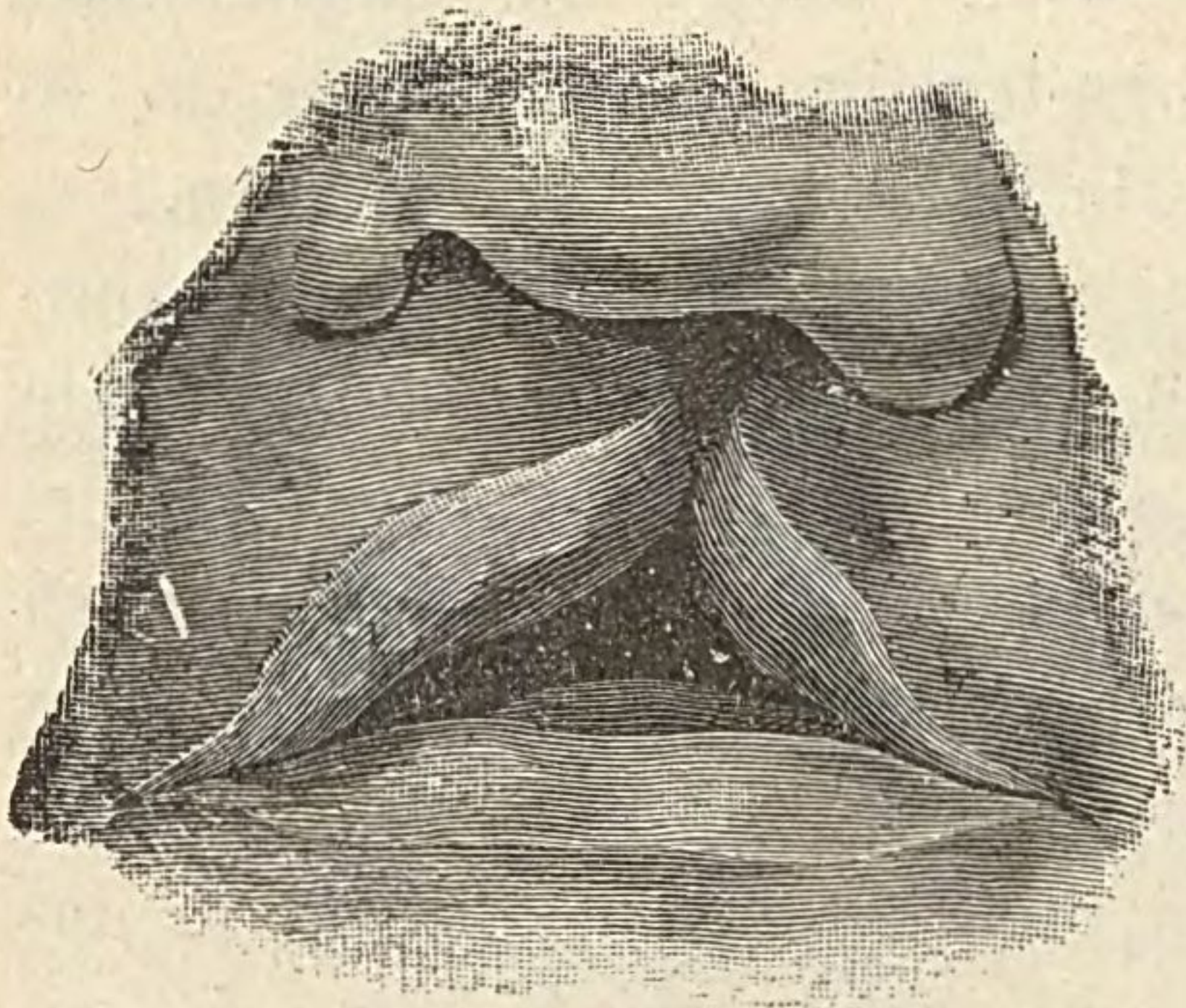


Fig. XXIII.

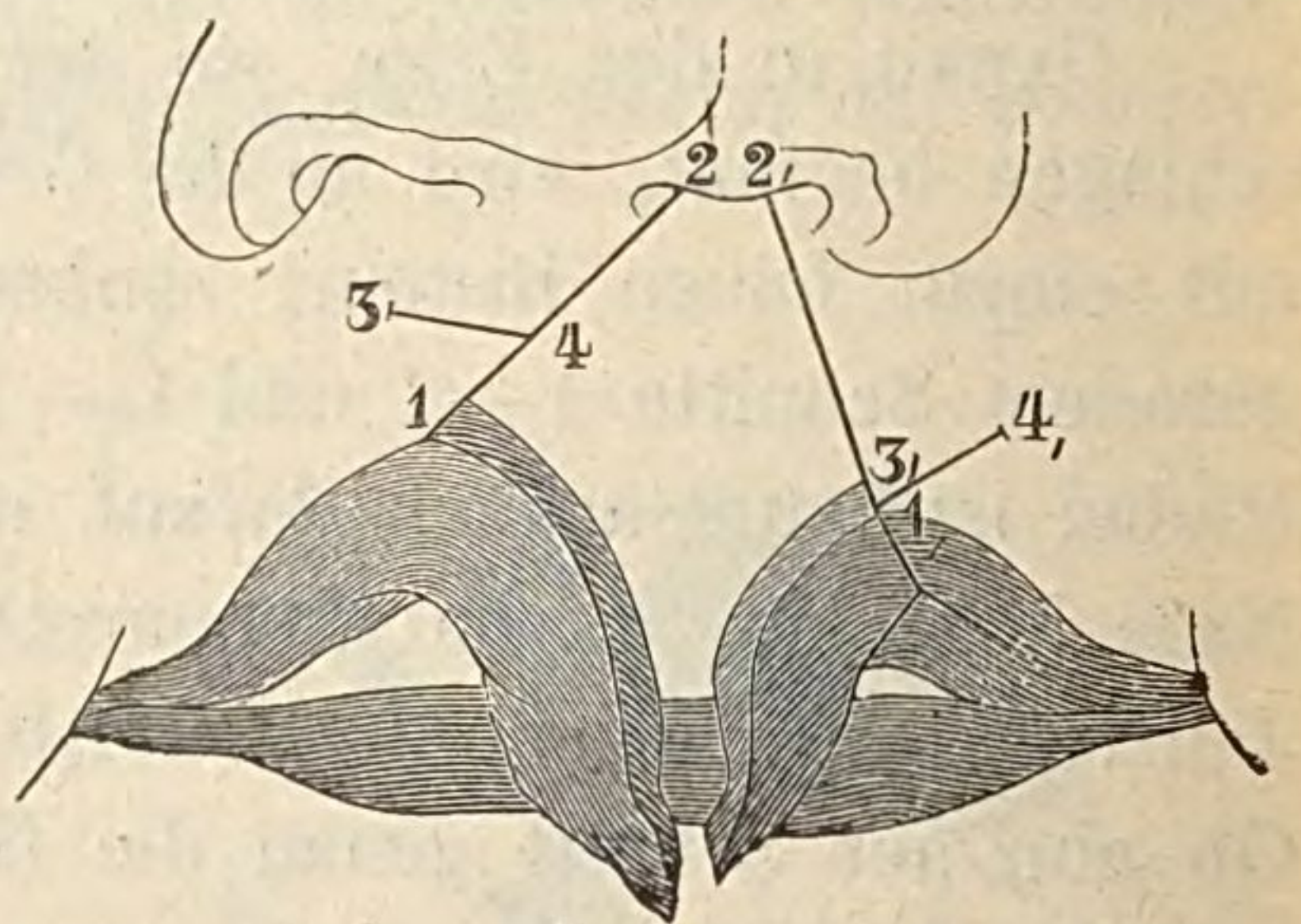
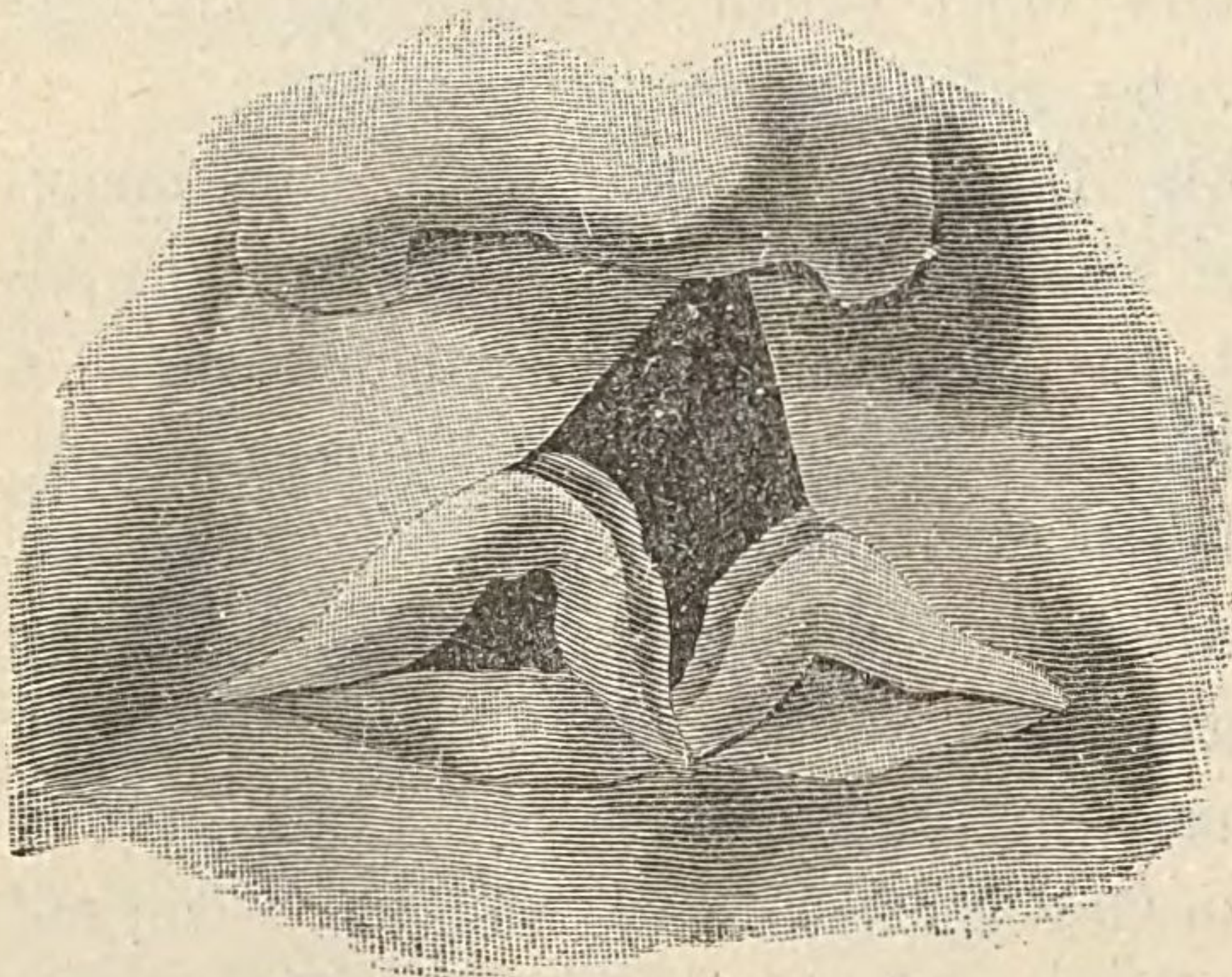


Fig. XXIV.

Der folgende Schnitt geht nun darauf aus, den Lappen der medianen Seite, der im Allgemeinen gut genährt und groß ist, zur Bildung des Lippenrothes resp. zur Bildung einer dicken Oberlippe zu verwenden. Zu diesem Zwecke wird der betreffende Lappen von allem Lippenweiß, wenn solches daran geblieben ist, befreit und in langer Dreieckform wie bei Fig. XXV zugeschnitten. Darauf entfernt man, die Scheere schräg von innen nach außen führend, den lateralen herabhängenden Lappen, wodurch im Lippenroth ein kurzer dreieckiger Defekt entsteht, dessen Spitze nach außen sieht. Durch

einen Schnitt in diese Spitze des Dreiecks, parallel dem Lippensaum und in frontaler Ebene, entsteht nun, nachdem die Schnitttränder durch kleine Häckchen auseinandergezogen sind, eine dreikantige Wundfläche, die dem zugeschnittenen Lappen der medianen Seite vollkommen entspricht. Zum

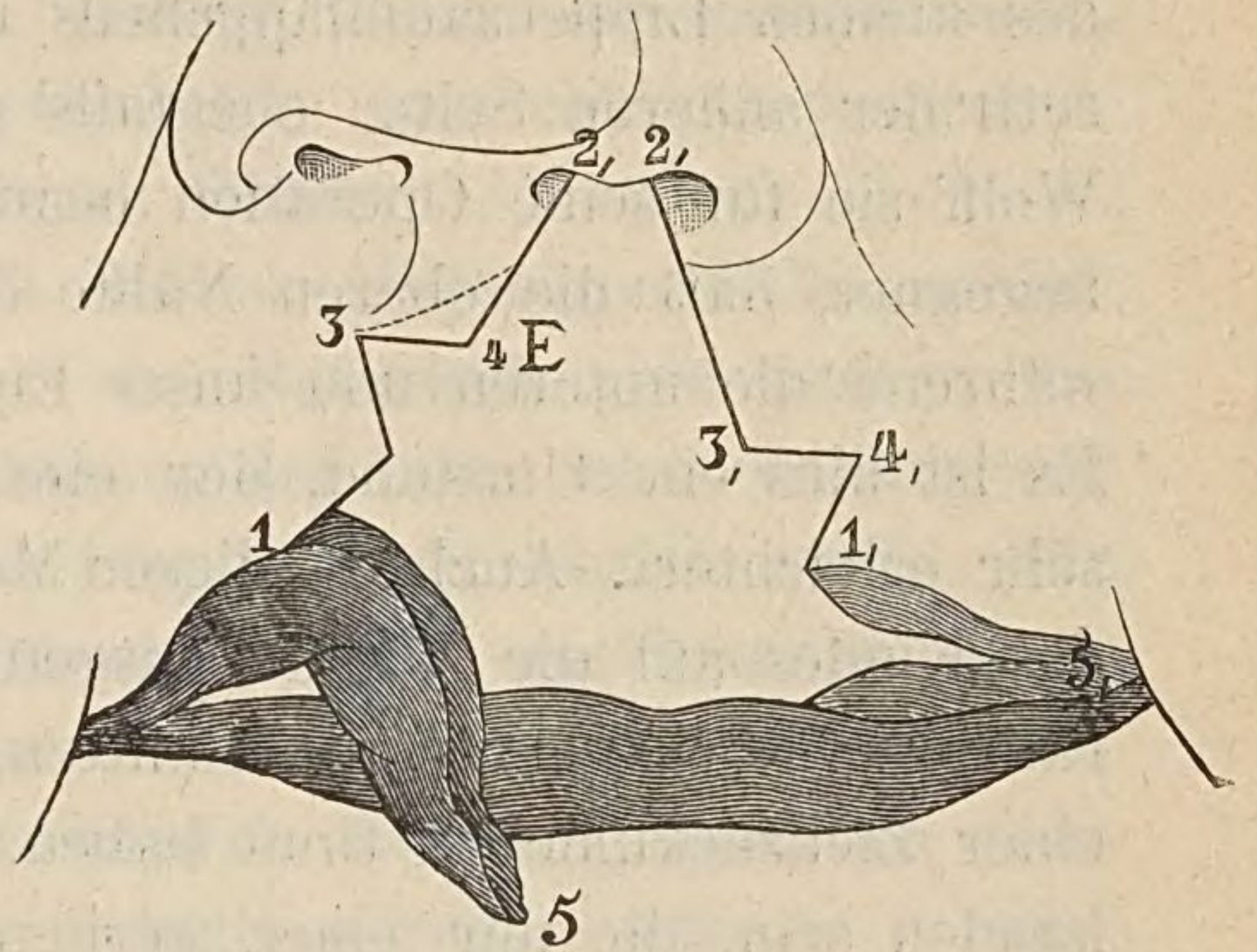
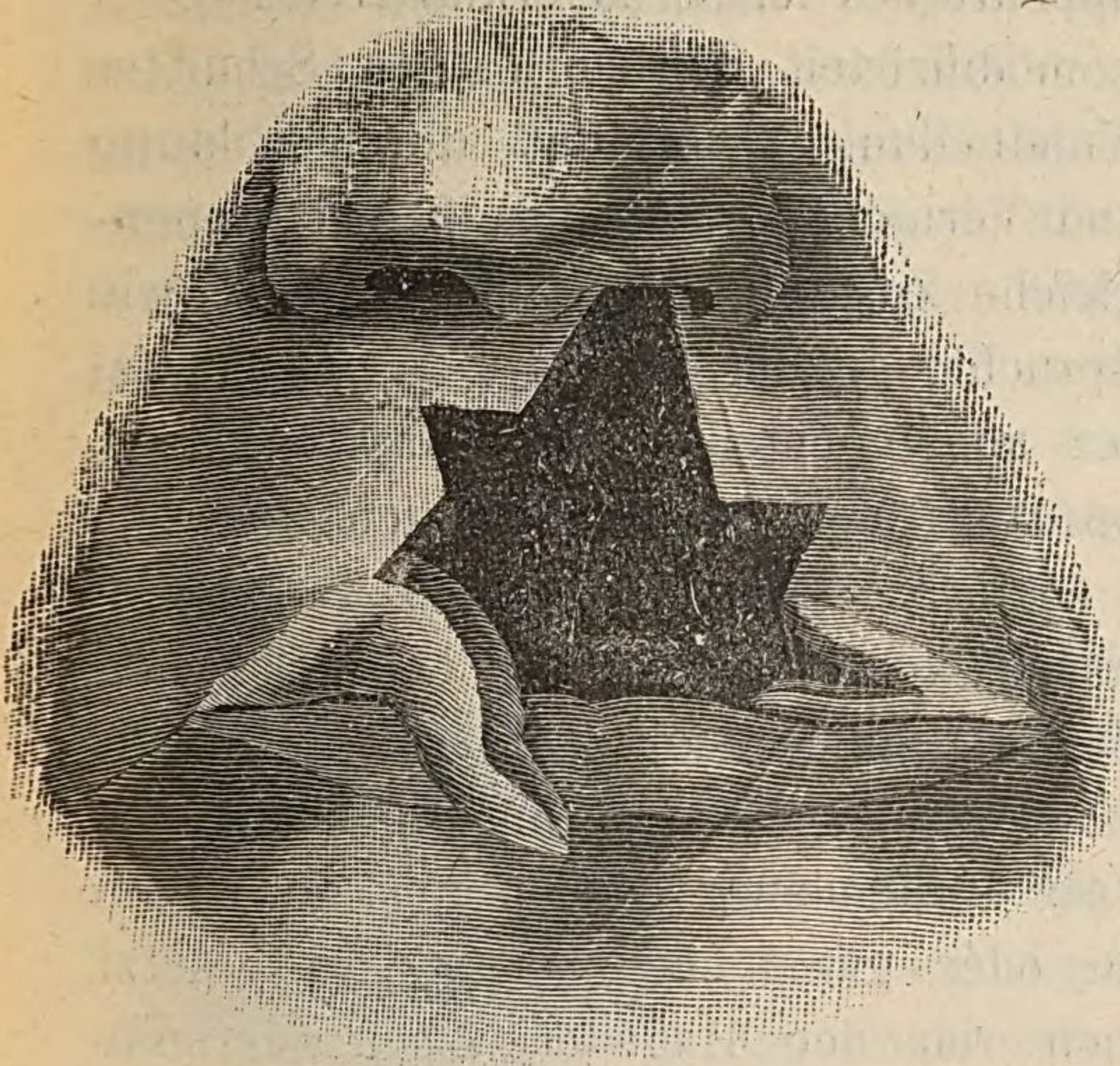


Fig. XXV.

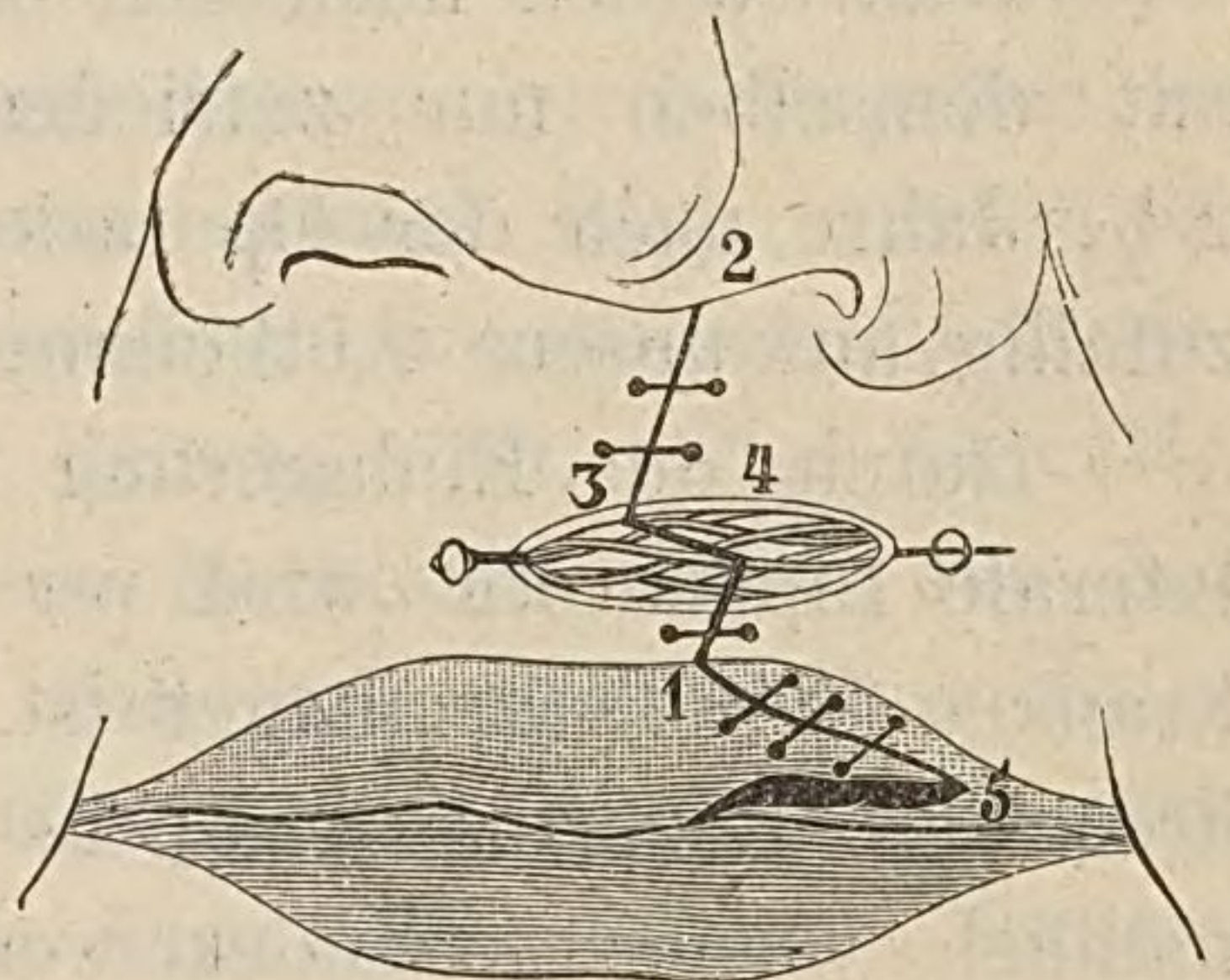
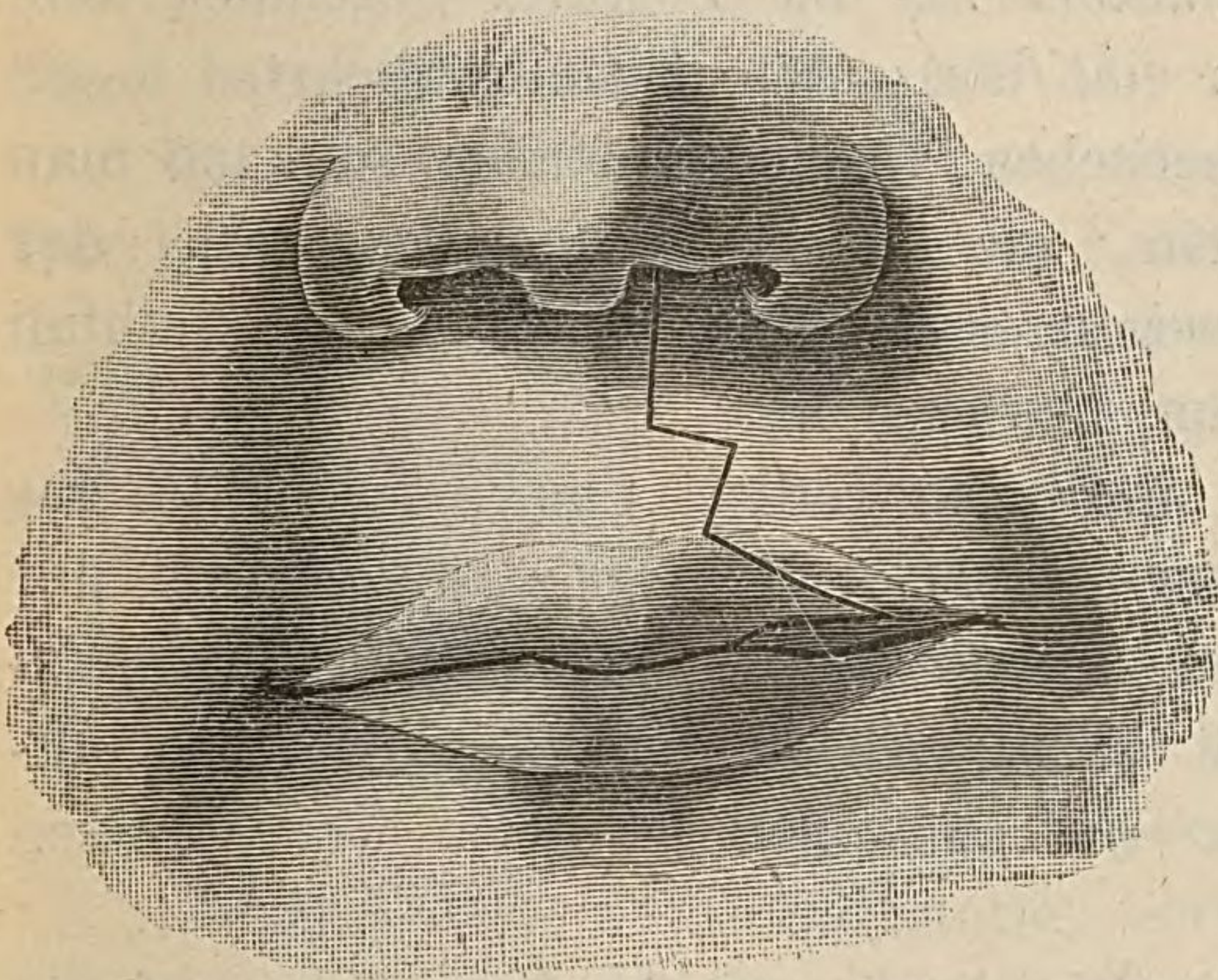


Fig. XXVI.

Schlusse wird die Ecke bei E abgerundet und die Wundränder nach Fig. XXVI vernäht.

Wie bereits oben erwähnt, rühmt Wolff¹⁾ seiner Zickzacknaht mit

¹⁾ Wolff: l. c.

isolirter Lippensaumvernähung nach, daß durch dieselbe ein leichtes Aufgehen der Nähte verhindert werde.

Es ist eine bekannte Thatsache, daß Lippenrothwunden rasch heilen, ein Umstand, der aus der vorzüglichen Vascularisation und der schleimhautähnlichen Beschaffenheit des Lippenrothes leicht zu erklären ist.

Der Vortheil des von Girard modifizirten Hagedorn'schen Schnittes liegt nun mit Rücksicht auf die Wundheilung darin, daß durch Bildung des kleinen Lippensaumläppchens und Vernähung desselben in das Lippenroth der anderen Seite, ebenfalls gleiche Zustände geschaffen werden, wie Wolff sie für seine Operation beansprucht. In der That ist es uns einmal begegnet, daß die oberen Nähte der angefrischten Lippe gelassen haben, während die unteren und unser Lippenroth stets fest verheilt geblieben ist. Es ist dies ein Umstand, der eine spätere Nachoperation und Verheilung sehr erleichtert. Auch bei dieser Methode wirkt der Zug, der beim Schreien des Kindes auf die Wunde ausgeübt wird, nicht senkrecht auf die Wundränder, wie bei geraden Schnitten, sondern, da wir es hier ebenfalls mit einer Zickzacklinie zu thun haben, so werden stets Stellen der Naht vorhanden sein, die nur einer geringen oder gar keiner Zerrung ausgesetzt sind, wie dies überhaupt Wolff schon von der Hagedorn'schen Methode zugegeben hat.

Bei der Girard'schen Modifikation ist der Zickzack gegenüber dem Hagedorn'schen Schnitte noch um eine horizontale Linie vermehrt.

Was endlich noch den kosmetischen Erfolg anbetrifft, so kann man mit demselben nur zufrieden sein, wie es uns neulich ein Fall, der 2 1/2 Jahre nach der Operation, wegen einer Fingerverletzung als Nothfall zufällig auf unsere Abtheilung kam, bewiesen hat.

Durch die Einlagerung des medianen rothen Lippensaumes in das laterale Lippenroth wird vor allem die Dicke der Lippe, die oft auf der kranken Seite sehr mager ist, um ein wesentliches aufgebessert. Die spitzdreieckige Form des Lappens läßt dann auch die Lippe nach außen allmählich wieder schmaler werden, was auch den normalen Verhältnissen entspricht.

Einkrempelungen und störende Wulstbildungen des Läppchens, wie sie König angibt, können mit exacter Naht ohne Schwierigkeiten vermieden werden und sind bei unseren Fällen nicht vorgekommen.

Ein einziges Mal (Fall 51) ist uns das Läppchen gangränös geworden; doch war damals der mediane Lappen so klein und unscheinbar, daß wir während der Operation an uns die Frage stellten, ob es nicht besser wäre, dieses Läppchen überhaupt nicht zur Bildung des Lippenrothes zu ver-

wenden. Zum Schlusse haben wir uns doch dazu entschlossen und starb dann allerdings, wie auch vorauszusehen war, das Läppchen zum größten Theile ab. Da jedoch die Vereinigung der Lippe per primam heilte und wir ja nur eine Längsincision in das Lippenroth machen, so verheilte nach dem Absterben des betreffenden Lippensaumläppchens unsere gemachte Wunde sehr rasch. Der einzige Nachtheil bestand darin, daß wir es zwar mit einer gut geheilten Hasenscharte, aber mit einem kosmetisch nicht ganz schönen Oberlippenroth zu thun hatten. Dieser Erfolg war ganz ähnlich, wie wenn wir eine reine Hagedorn'sche Operation gemacht hätten, jedoch mit Läppchenbildung bloß auf der medianen Seite.

Des weiteren handelt es sich noch darum, diejenigen Fälle zu besprechen, in denen die Spaltbildung bis in das Nasenloch geht und wo die Kieferspalte so breit ist, daß trotz aller Lösung der Lippe eine Vereinigung

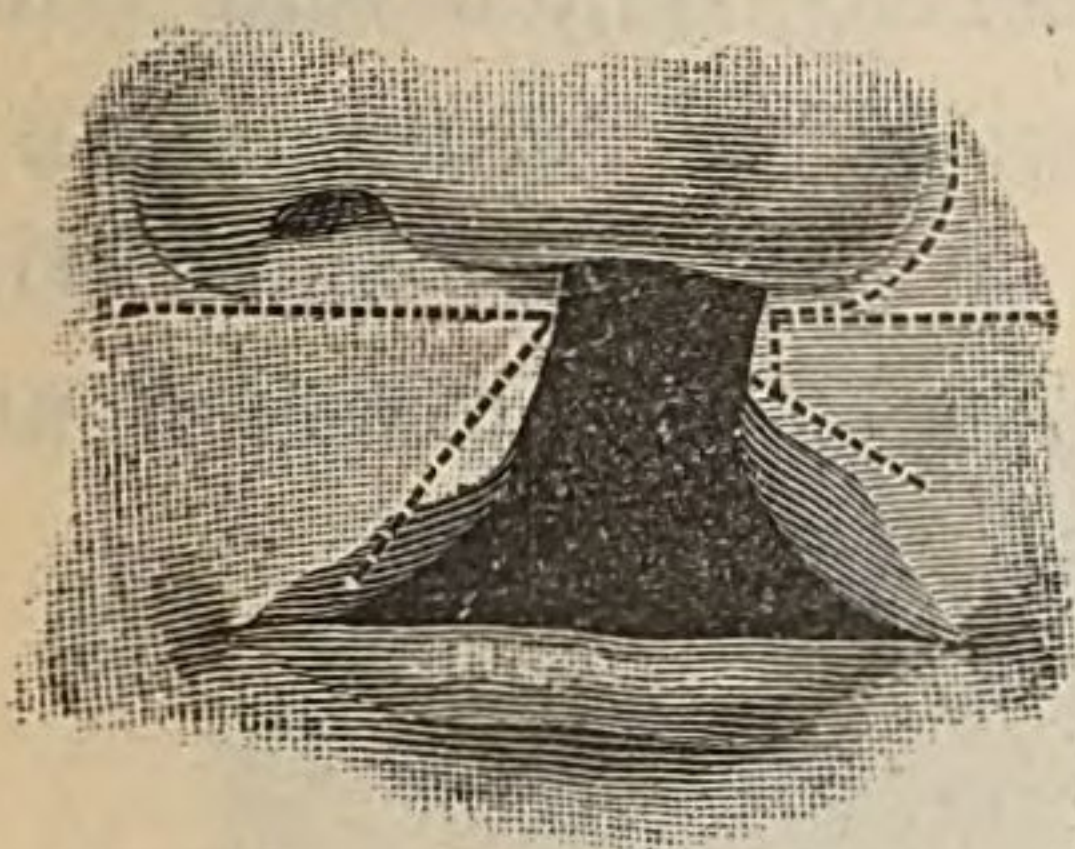


Fig. XXVII.

der angefrischten Lippen nicht erzielt wird. Für diese Fälle existirt von Roser ¹⁾ eine Schnittführung, die parallel dem freien Lippensaum verläuft und vom oberen Spaltwinkel der Nase ausgeht. Noch wirksamer soll dieser Schnitt werden, wenn er parallel den Contouren der Lippe, bogenförmig nach unten angelegt wird. Um den Nasenflügel vom Kiefer abzulösen, kann noch ein zweiter Schnitt an dem Nasen-

flügel beigefügt werden. (Fig. XXVII.)

Den ähnlichen Zweck hat der sogenannte Dieffenbach'sche Wellenschnitt. Durch einen Bogenschnitt um den Nasenflügel herum wird derselbe von

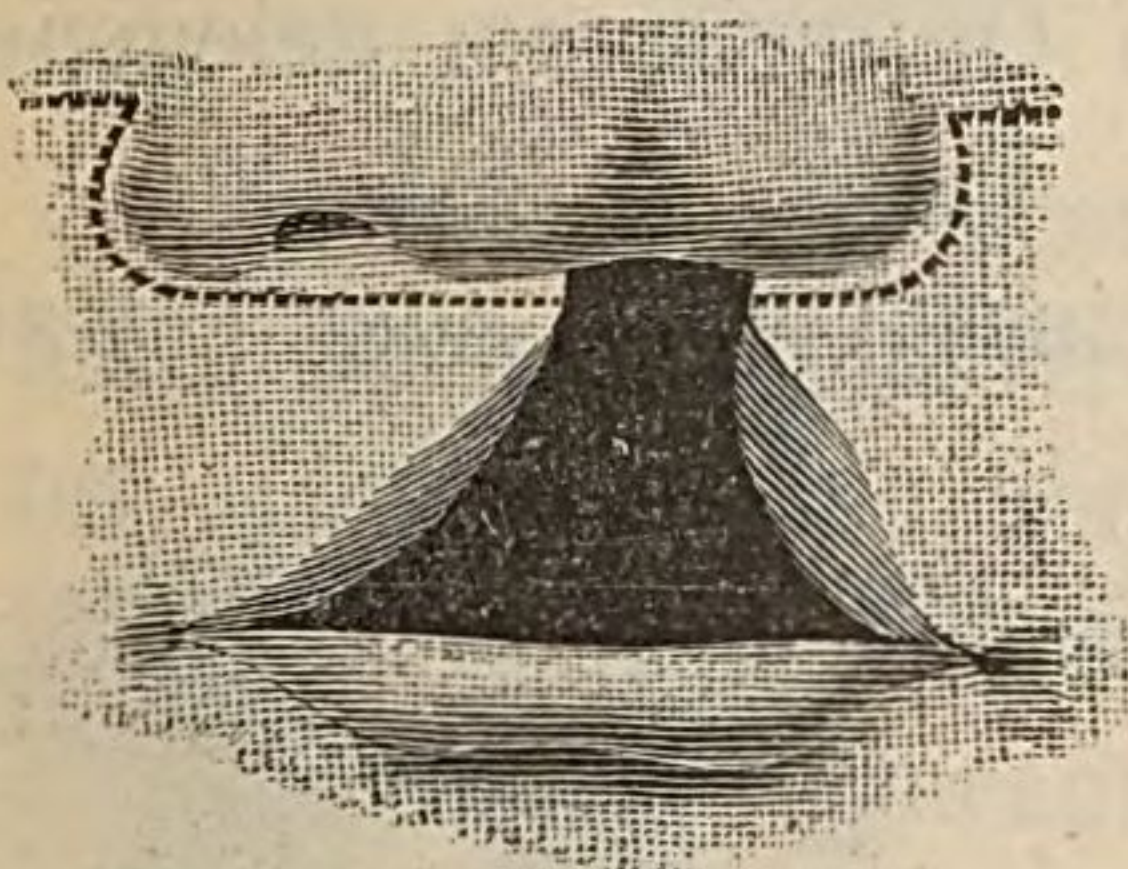


Fig. XXVIII.

der Lippe abgetrennt, darauf folgt, wieder parallel den Lippencontouren am oberen Ende des Bogenschnittes, der Seitenschnitt. (Fig. XXVIII.)

Diese erwähnten Methoden haben alle den großen Nachtheil, daß bei ihnen eine richtige Formung des oft sehr breiten Nasenloches nicht gelingt. Mögen nun dazu alle möglichen fernern Hilfsmittel verwendet werden, wie wir noch bei

der Besprechung der Naht sehen werden.

Alle diese Verfahren sind immerhin ziemlich verletzend und man kann mit der gleich zu beschreibenden inneren Loslösung der Lippe und des Nasenflügels gewöhnlich auskommen, indem durch dieselbe eine ergiebige Mobilisation der Lippen und des angrenzenden Wangentheiles erzielt wird

¹⁾ König: l. c.

Mit einer Pincette wird vor Beginn der eigentlichen Operation zu beiden Seiten die Lippe vom Oberkiefer abgehoben und vermittelst einer Cooper'schen Scheere werden die Umschlagsfalte der Mundschleimhaut und faserigen Gewebe, die die Lippe am Knochen befestigen, hart an demselben losgetrennt. Dies geschieht, wie bemerkt, auf beiden Seiten und zwar so lange, bis wir uns durch Aneinanderbringen der Lippensäume überzeugt haben, daß eine Vereinigung ohne große Spannung möglich ist.

Sehr zu empfehlen ist die unblutige Ablösung, die am besten mit stumpfen Instrumenten, wie z. B. der geschlossenen Scheere, dem Periostschaber etc. ausgeführt wird.

Vor allem aber hat man sein Augenmerk darauf zu richten, daß der difformirte Nasenflügel vollständig von seiner Unterlage abgehoben werden kann, indem dieser Umstand wesentlich zur Bildung eines schönen runden Nasenloches beiträgt, da wir dasselbe dann nach unserem Willen und Gutdünken modelliren können.

Um die bei der Ablösung entstehende Blutung zu stillen, wenden wir, wie oben erwähnt, stets die methodisch geübte temporäre Kompression an.

Operationsmethoden der doppelten Hasenscharten.

Ueber die Behandlung des prominirenden Zwischenkieferstückes, das der Vereinigung der Lippentheile im Wege steht, werde ich mich später auslassen. Die zu wählende Operationsmethode für doppelte Hasenscharten richtet sich hier einfach nach den gegebenen Verhältnissen, d. h. nach der größeren oder kleineren Ausgiebigkeit des auf dem Os incisivum gelegenen Filtrums und der Entwicklung der Lippen.

Ersteres kann entweder in Form eines $\vee$, eines Ovales oder $\square$ angefrischt und dann mit den beiden Lippenhälften vereinigt werden. Was die letzteren anbetrifft, so kann deren Vereinigung je nach einer der früher angegebenen Methoden geschehen, namentlich soll sich hiefür besonders die modifizierte Malgaigne'sche Methode öfters gut eignen.¹⁾ (Fig. XXIX.)

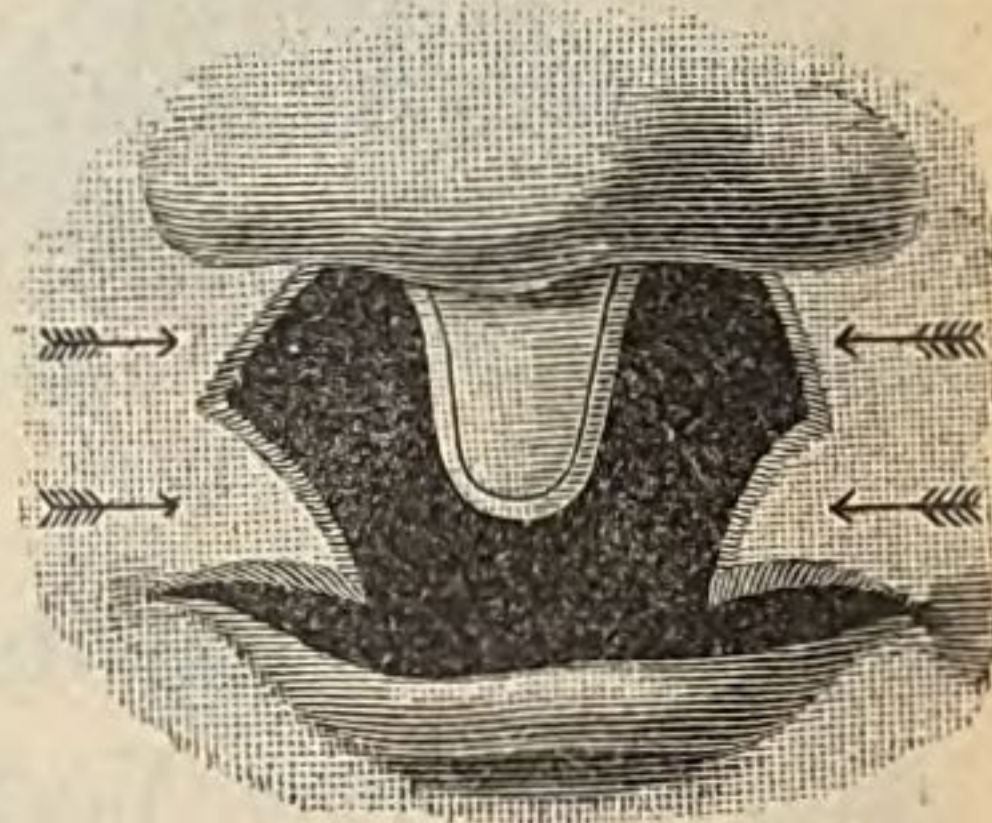
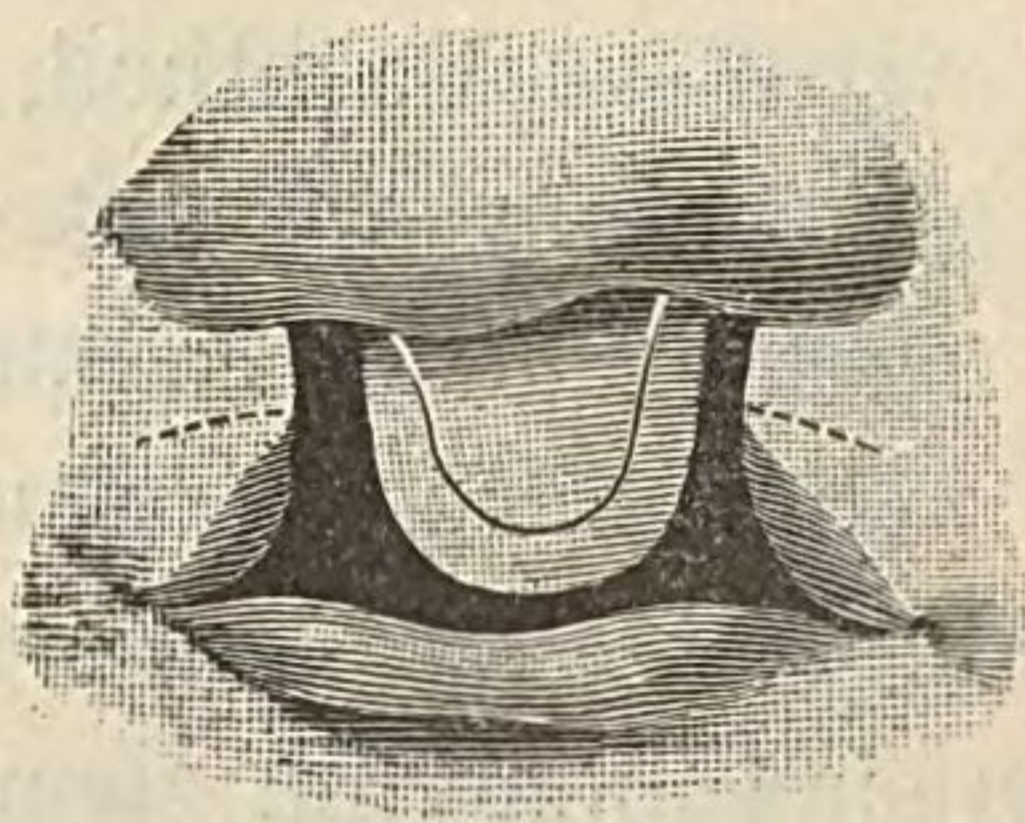


Fig. XXIX.

¹⁾ König, l. c.

Von v. Langenbeck wird auch für diese Fälle die Operation nach Mirault empfohlen. König¹⁾ selbst empfiehlt die oben erwähnte Ablösung der Lippe mit Aufopferung des Spaltlippenrandes.

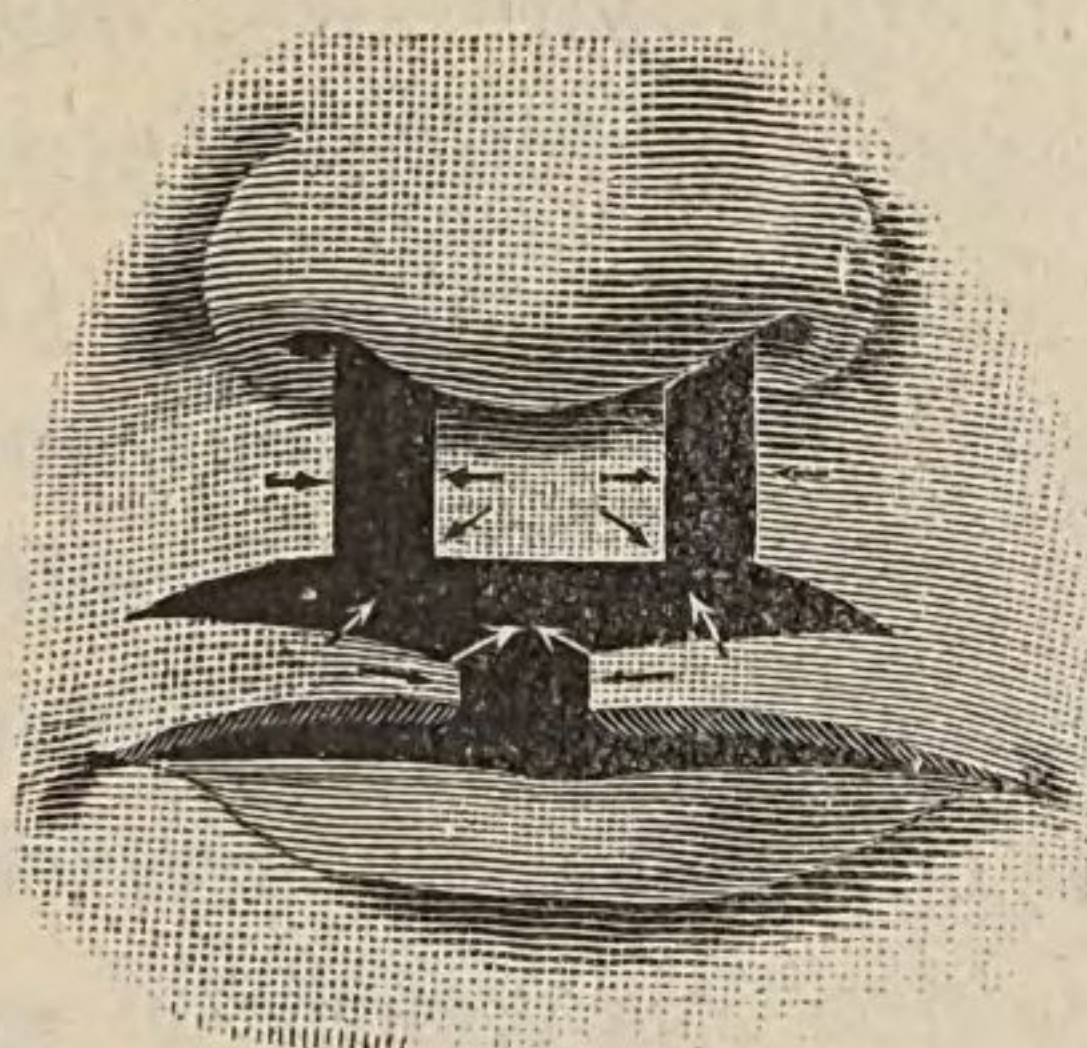
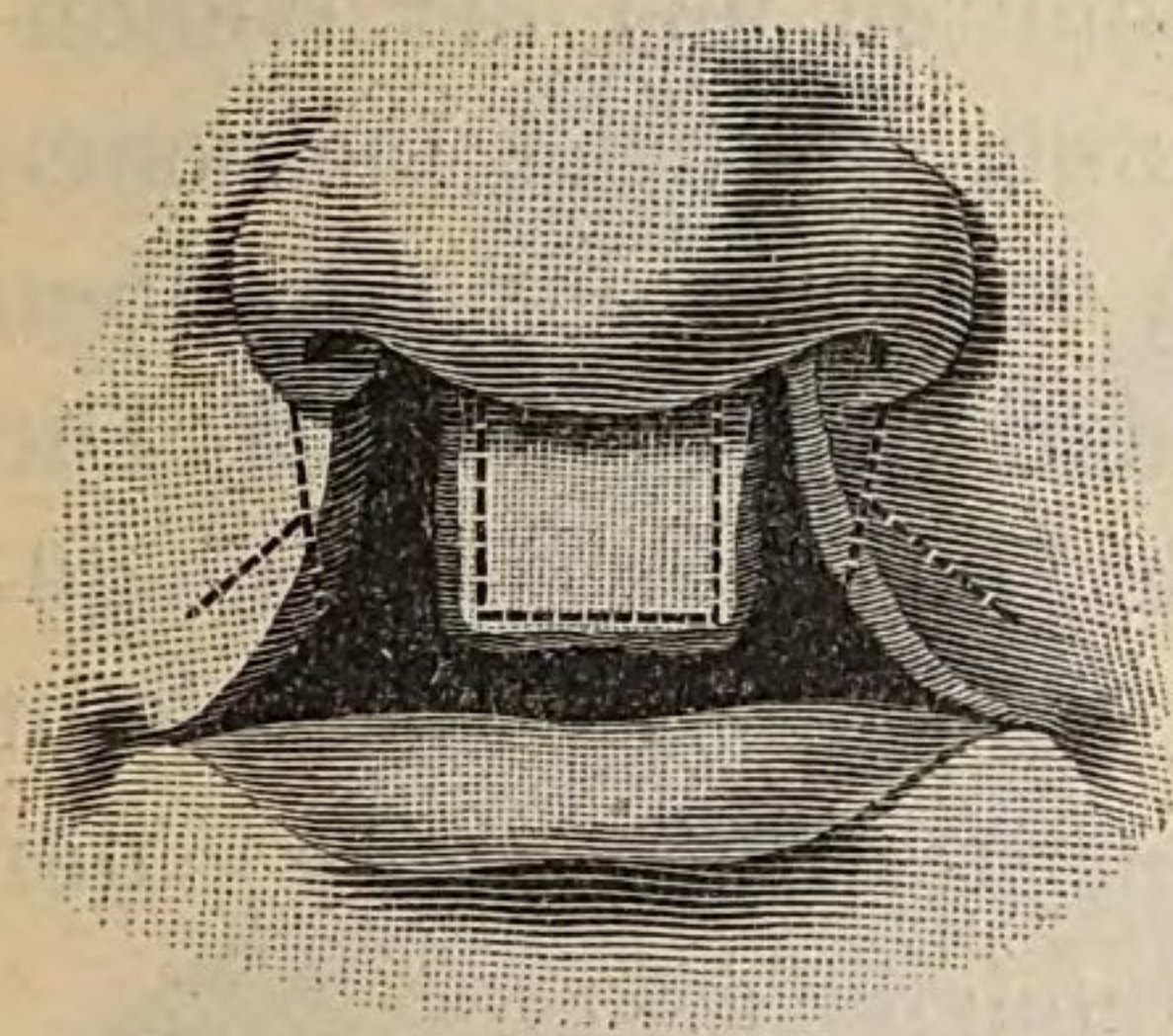
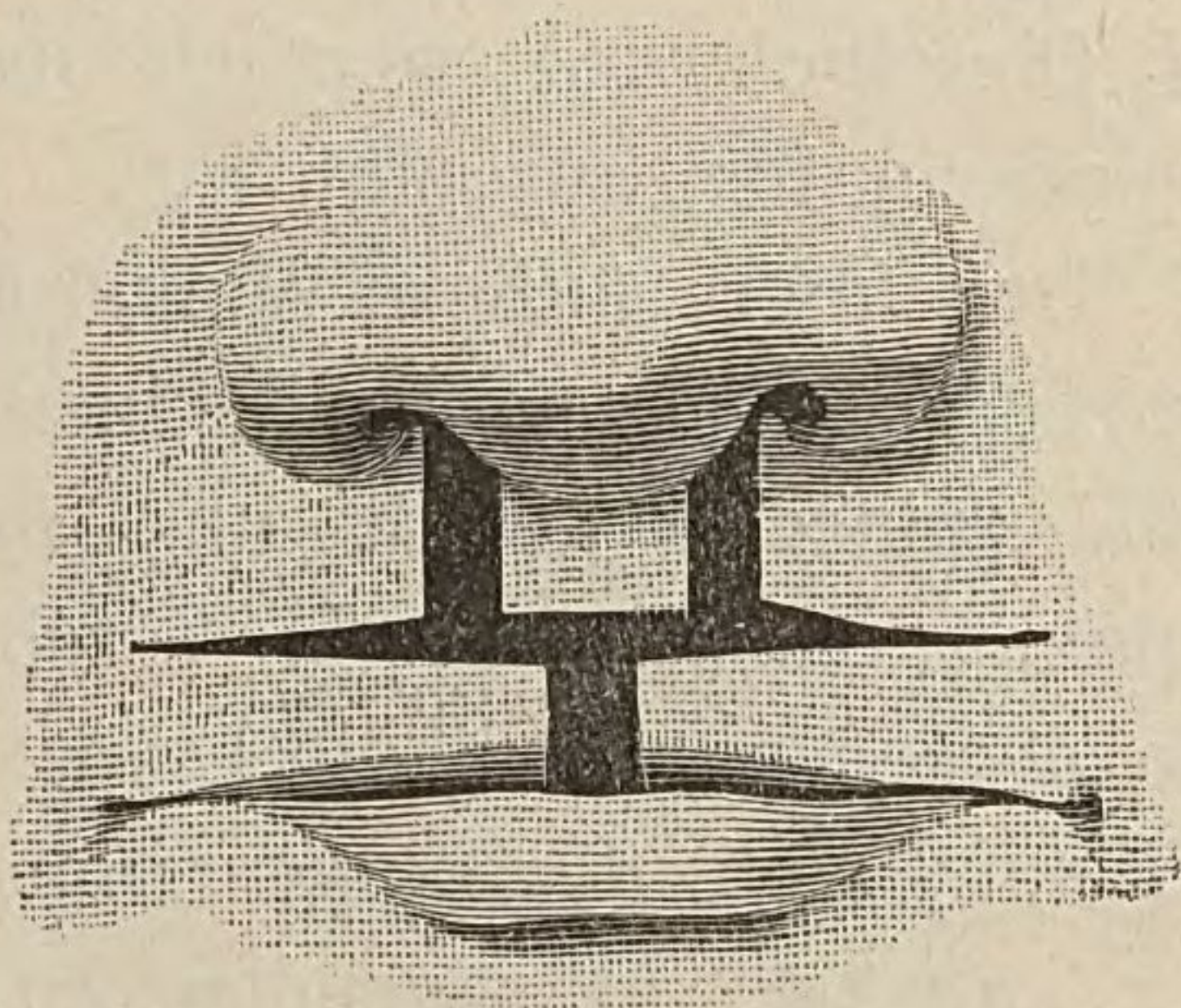
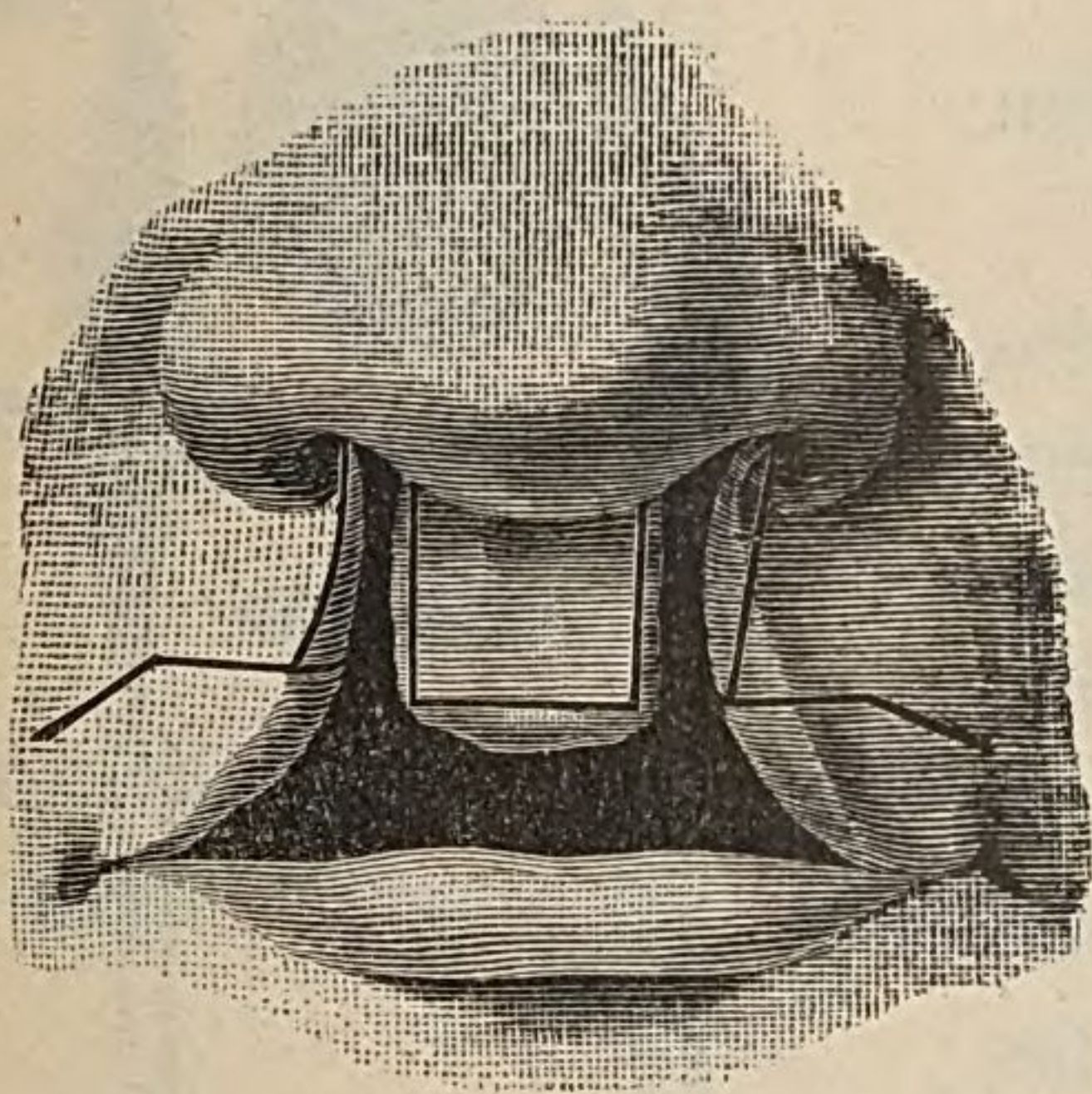


Fig. XXX.

Filtrumtheil vereinigt. (Fig. XXX.)

Eine geringe Modifikation dieses Verfahrens hat Simon²⁾ angegeben und lasse ich hier seine Schnittführung in der Abbildung folgen. (Fig. XXXI.)



Maunoir³⁾ entfernt bei doppelter komplizierter Hasenscharte den Zwischenkiefer mit einer starken Scheere; darauf wird am Hautbürrzel durch Stich ein Lappen mit unterer Basis gebildet, der nach unten geschlagen wird, so daß

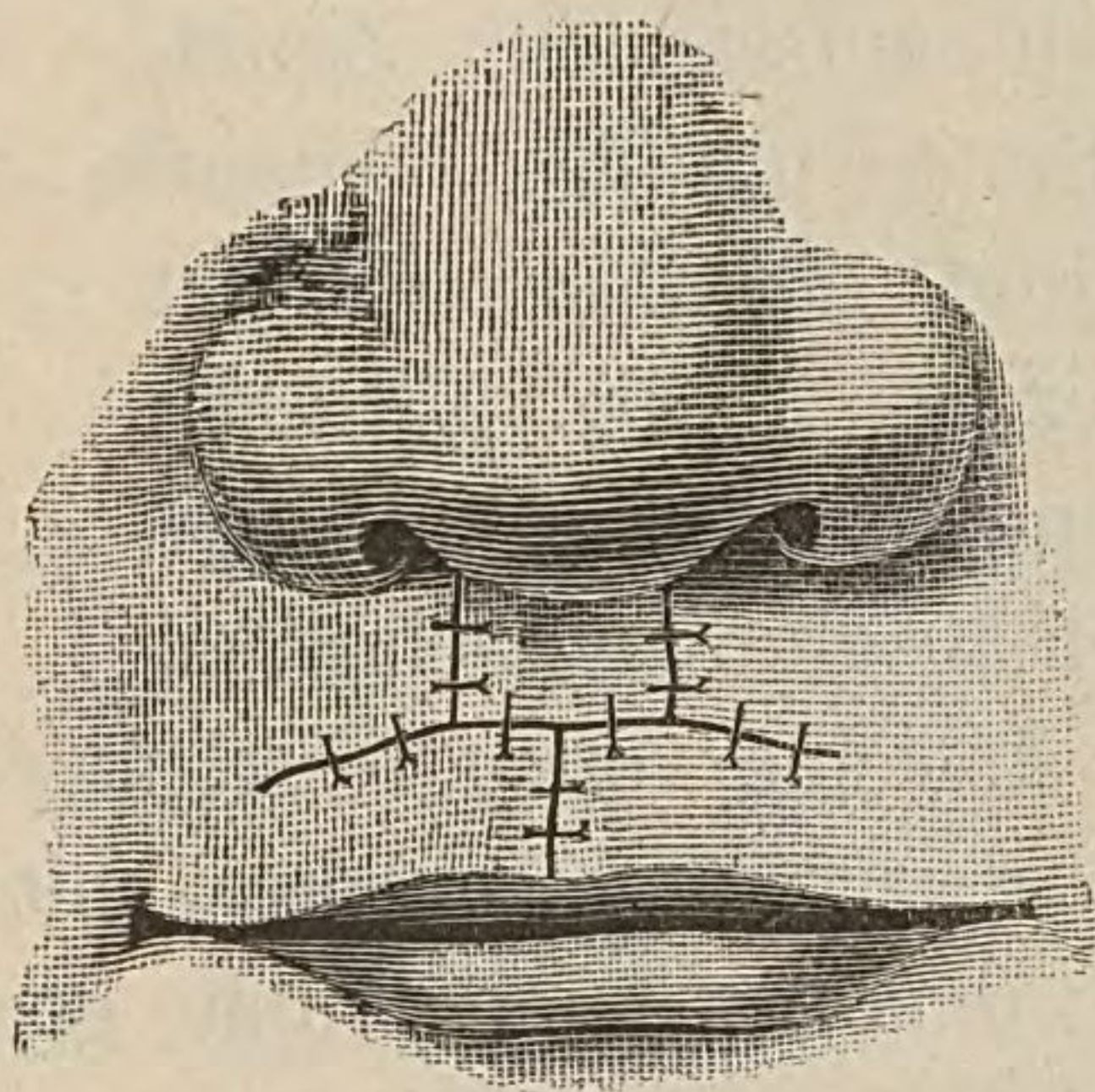


Fig. XXXI.

die blutende Fläche nach vornen sieht. Vor demselben und mit demselben werden die angefrischten seitlichen Lappen vereinigt. Diese Operation ließe sich auch nach Maunoir's Ansicht mit Erhaltung des Zwischenkiefers ausführen,

¹⁾ König, l. c. ²⁾ Hoffa, l. c.

³⁾ Maunoir, Utilisation du tubercule cutane dans le bec de lièvre double compliqué. Revue médicale de la Suisse romande N° 1.

wenn derselbe zuerst in die richtige Stellung gebracht und die Operation nach Konsolidirung des retroponirten Knochens vorgenommen würde.

Auch der Dieffenbach'sche Wellenschnitt leistet für doppelte Hasenscharten sehr Gutes. Das Filtrum wird oval zugeschnitten und der Wellenschnitt hart an der Nase vorbei geführt. Durch zwei seitliche Incisionen gelingt es leicht, den Wellenschnitt mit dem Oval des Filtrums derselben Seite zu vereinigen. Das Gleiche geschieht mit der andern Seite. Die lateralen Lippensäume werden ebenfalls angefrischt und nach unten geschlagen, worauf sie miteinander vernäht werden können. Endlich bleibt noch die Vereinigung des beidseitigen, dreieckigen Defektes übrig, der durch das Herunterklappen der Wangentheile entstanden ist.

Dem oben erwähnten Prinzipie der Sparsamkeit in der plastischen Chirurgie folgend ist von Esmarch ¹⁾ auch für die doppelseitigen Hasenscharten eine Operationsmethode angegeben worden.

Dieselbe wird wörtlich nach Berendsen folgendermaßen ausgeführt:

Der untere äußere Winkel des Spaltrandes der rechten Seite wird mit einer feinen Klauen-Schieberpincette gefaßt und nach unten angespannt, ein schmales Messerchen dicht oberhalb derselben durch die Lippe gestochen und hart am Rande des Lippensaumes geführt und zwar aufwärts in sägenden Zügen bis in das Nasenloch. Das dadurch entstandene Zipfel-läppchen wird an der Spitze mit der Klauen-Schieberpincette gefaßt und durch das Gewicht derselben nach unten gezogen. (Fig. XXXI.)

Der Operateur krempelt jetzt die Lippe nach oben, löst mit einigen ausgiebigen Schnitten in der Uebergangsfalte dieselbe vom Oberkiefer ab und übergiebt sie sodann dem rechtsseitigen Assistenten, welcher, mit dem Finger die Wundfläche komprimirend, die umgekrempelte Lippe gegen die Wange drückt und dadurch jede fernere Blutung verhindert.

Wiederholung des gleichen Verfahrens auf der linken Seite. Durch einen kreisförmigen Einschnitt genau an der Grenze des rothen Schleimhautsaumes

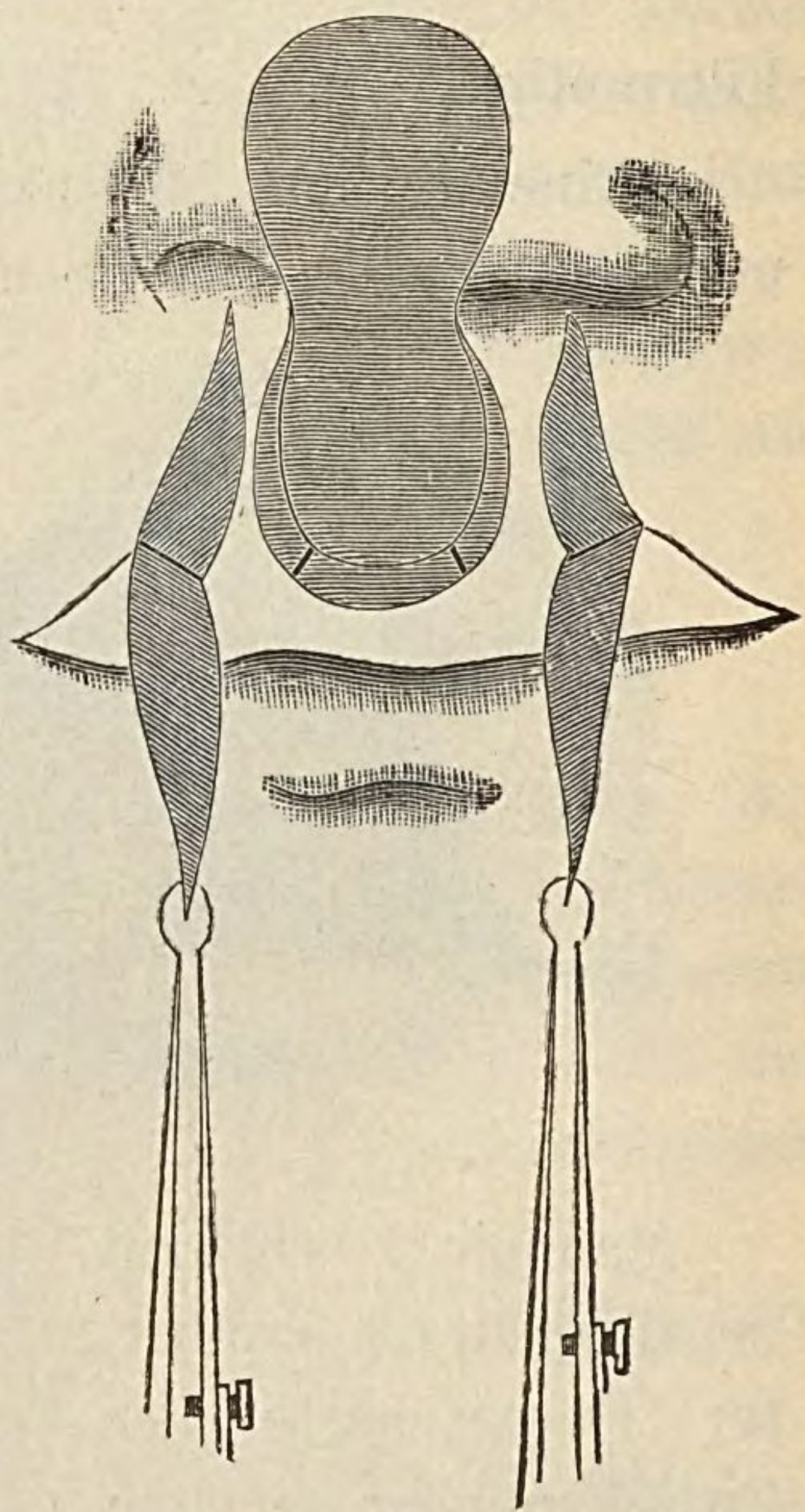


Fig. XXXII.

¹⁾ Berendsen, l. c.

wird die Oberhaut des Bürzels, das Filtrum, von der Schleimhaut desselben getrennt und sodann in die Höhe geklappt.

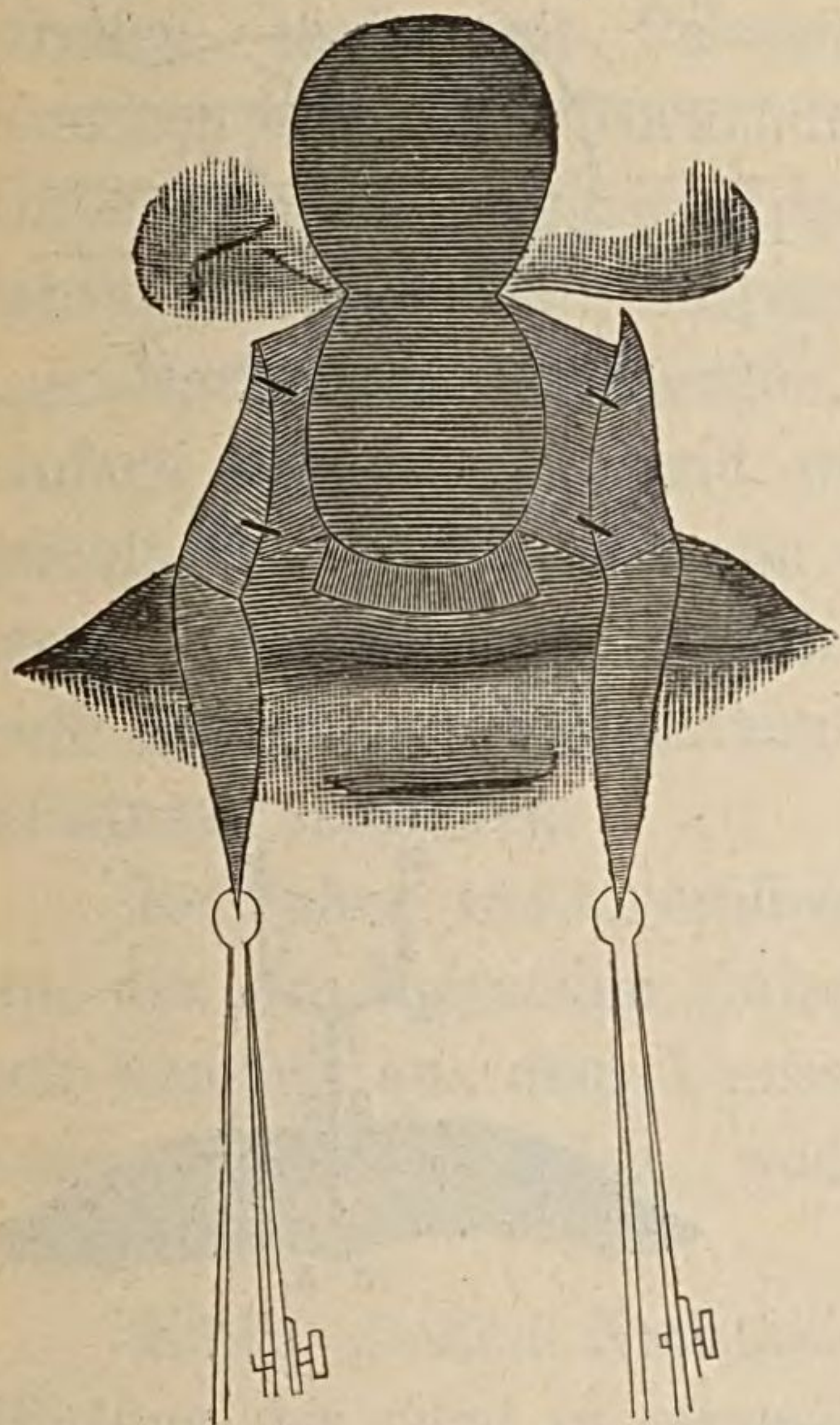


Fig. XXXIII.

Theilung der Schleimhaut des Filtrums durch zwei Einschnitte in drei annähernd gleiche Segmente, welche losgelöst und umgekrempelt werden.

Die beiden seitlichen Segmente werden mit den Schleimhauträndern der Seitenstücke der Oberlippe durch 2—3 feine Catgutnähte vereinigt, so daß ein Unterfutter zu Stande kommt. (Fig. XXXIII.)

Jetzt wird die bis dahin nach oben geklappte Oberhaut des Filtrums wieder nach unten gelegt und zunächst der Hautrand des rechten seitlichen Lippenstückes durch ganz feine Seidennähte mit dem rechten Seitenrand des Filtrums vereinigt. Dabei ist es wichtig, daß der an sich ziemlich kurze Spalt- rand durch Zug an der noch immer hängen- den Klauen-Schieberpincette in der Richtung nach unten etwas ausgedehnt werde. Nach

Wiederholung des gleichen Verfahrens an der linken Seite hat das ursprüngliche runde Filtrum eine mehr viereckige Gestalt angenommen. (Fig. XXXIV.)

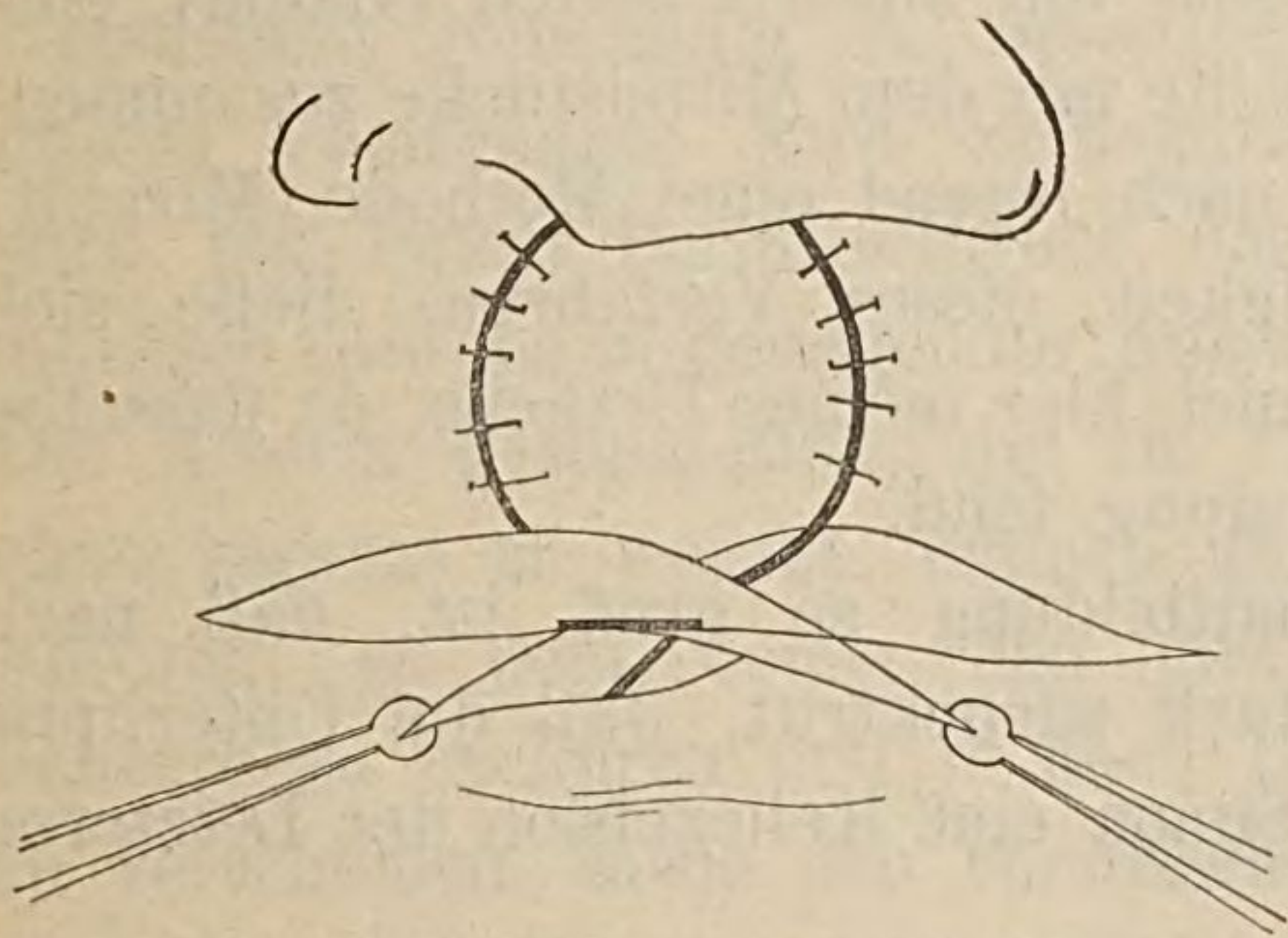


Fig. XXXIV.

Die beiden Zipfelläppchen, welche bis dahin durch das Gewicht der Klauen-Schieberpincetten nach unten gezogen wurden, legt man jetzt unter dem Filtrum kreuzweise über einander und nimmt mit einer feinen Scheere die Spitzen der Zipfel so weit fort, bis die Vereinigung beider Zipfel unter sich in schräger mit dem mittleren Bürzelrande in horizontaler Richtung gelingt.

Es werden schließlich 3—4 Entspannungsnähte durch die Oberlippe, sowie eine bis zwei Verbindungsnähte zwischen unterem Schleimhautrand des Filtrums und hinterer Fläche des soeben gebildeten Lappensaumes angelegt. (Fig. XXXV, pag. 34.)

Wir haben uns in den vorliegenden Fällen zum größten Theile der Hagedorn'schen Methode ¹⁾ bedient. Ihre Schnittführung ist nach der Figur XXXVI folgende:

I 2—1—4; II a_1 —1; III 2—3 durch den Lippensaum,

auf der andern Seite:

I 2_1 — 1_1 — 4_1 ; II 0_1 —1; III 2_1 — 3_1 , für das Mittelstück werden mit der Scheere folgende Schnitte gemacht:

I a —4; II 0—4; III 1—0; IV 1—0.

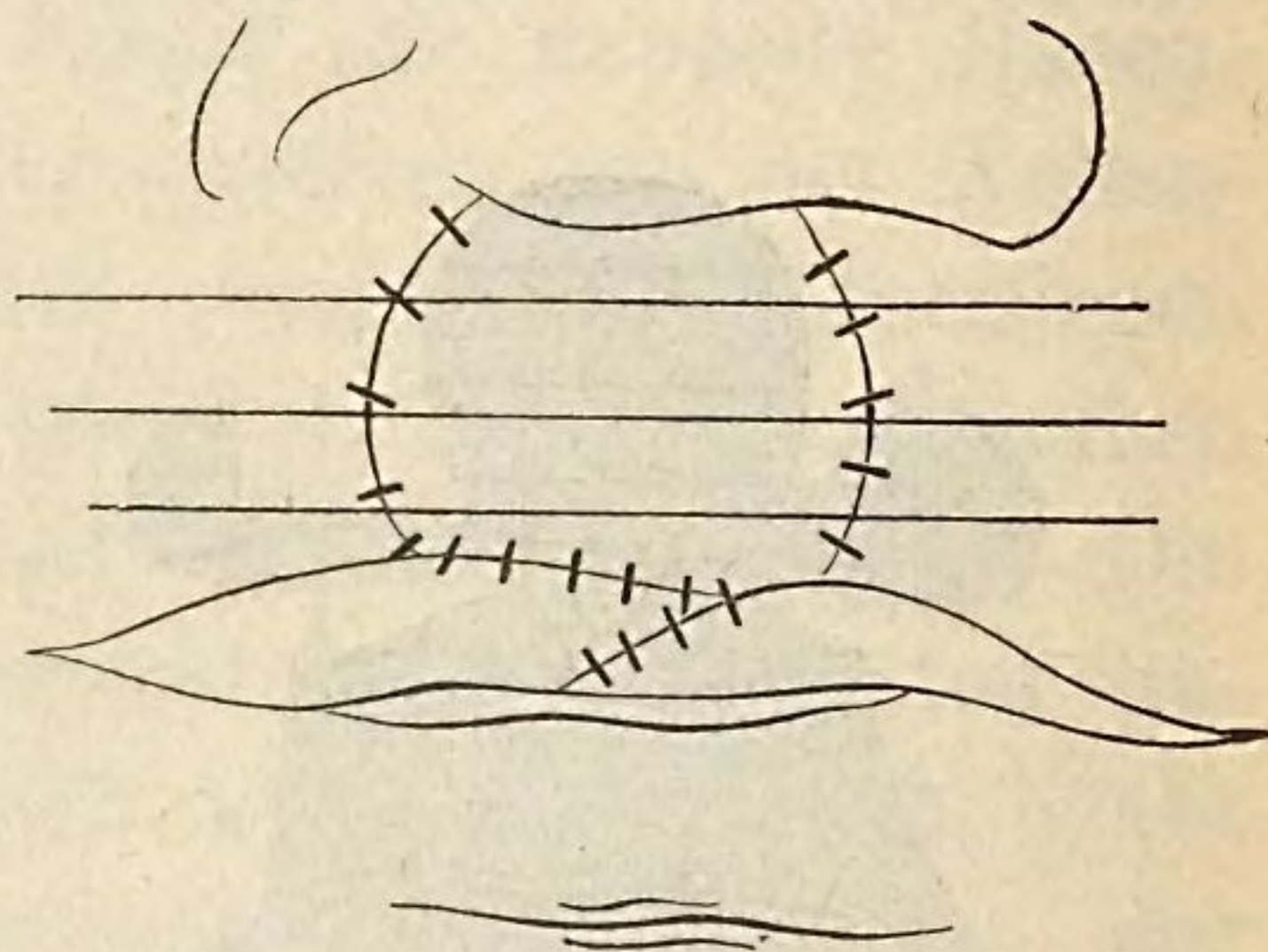


Fig. XXXV.

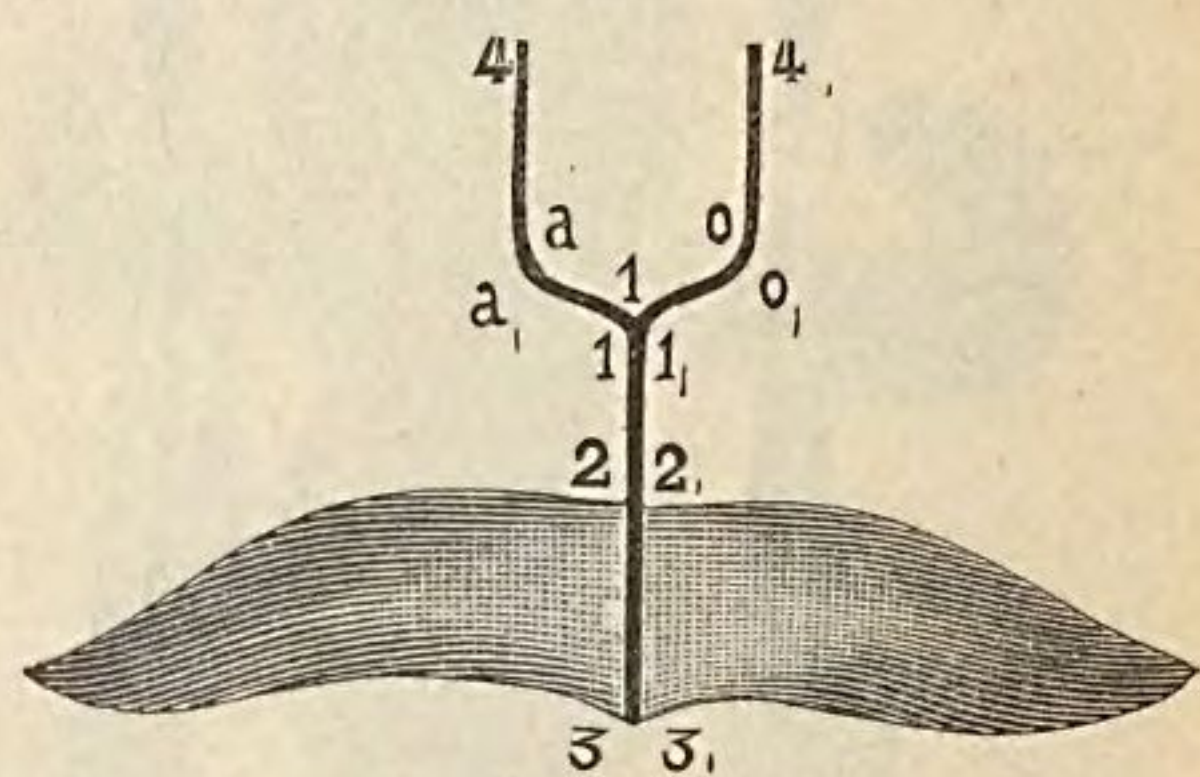
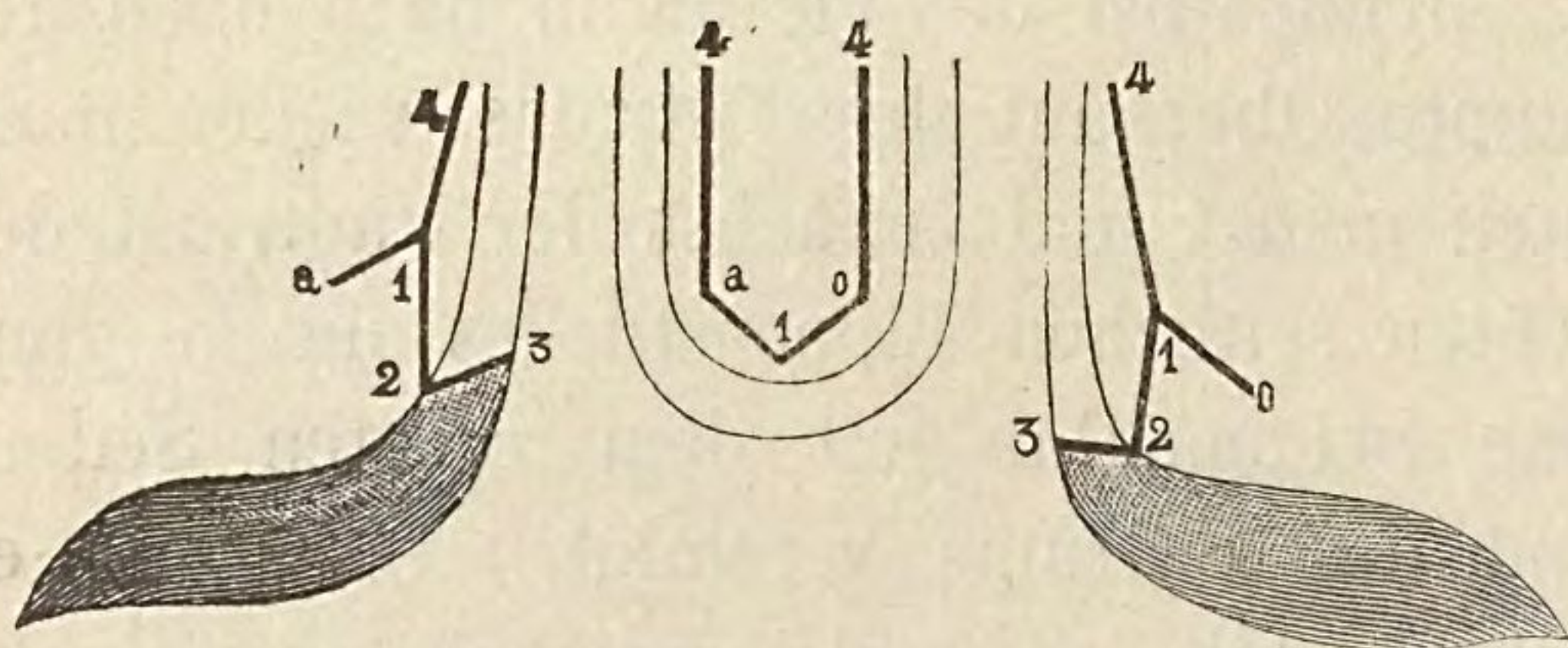


Fig. XXXVI.

Wird nun bei dieser Zuschneidung dafür gesorgt, daß die Ecken a und o gut in die Winkel a_1 und o_1 passen, so entsteht bei der aus der Figur ersichtlichen Vereinigung eine schöne, hohe Oberlippe mit einer Hervorragung, die genau der Mitte der Lippe entspricht.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, daß von andern Seiten (Baum) empfohlen worden ist, zunächst nur eine Seite mit dem Mittelstücke zusammenheilen zu lassen und die andere Seite nach irgend einer Methode (Mirault) zu schließen. Ueber die Zweckmäßigkeit dieses Verfahrens ließe sich noch sehr streiten; doch enthalte ich mich hier meines Urtheils, da dasselbe in den vorliegenden Fällen nie Verwendung fand.

Für diejenigen Fälle, wo die Spaltbildung so groß ist, daß nach deren Vereinigung die Oberlippe so stark zurücktritt, daß die Unterlippe um ein Bedeutendes vorsteht, ist von Simon eine Keilexcision der Letzteren empfohlen worden.

Verfahren bei Prominens des Os intermaxillare.

Das prominirende Zwischenkieferstück ist häufig ein großes Hinderniß zur Vereinigung der Spaltränder, indem über ihm die Lippentheile

¹⁾ Centralblatt für Chirurgie 1885, Nr. 40

nur unter großer Spannung vereinigt werden können, was natürlich auf eine gute Wundheilung störend einwirkt. Vor allem wurde der Versuch gemacht, durch konstanten gleichmäßigen Druck, theils mit Heftpflasterstreifen, theils mit Pelotten versehenen Apparaten, den prominirenden Knochen allmählig zurückzudrängen. Von Berendsen findet sich in seiner Dissertation ein eigener Apparat dafür angegeben; ¹⁾ daß aber diese Verfahren für alle Fälle ausreichend sein sollten, ist sehr zu bezweifeln.

Nach Anderen dagegen, Gersoul, Butcher, Wheller, soll der Knochen einfach eingebrochen und zurückgelagert werden. Dupuytren wieder empfiehlt, die Weichtheile von dem prominirenden Zwischenkiefer loszupräpariren und letzteren einfach wegzukneipen. Durch dieses Verfahren soll eine greisenhafte Entstellung des Gesichtes und sehr leicht eine hochgradige Platt Nase resultiren.

Im Jahre 1843 veröffentlichte Blandin ein neues blutiges Verfahren, um den prominirenden Zwischenkiefer zurücklagern zu können. Nach ihm soll nämlich aus dem Vomer ein dreieckiger Keil, die Basis nach unten, ausgeschnitten werden, wodurch die Retroposition bedeutend erleichtert wird.

Einen großen Nachtheil besitzt jedoch diese Methode in der starken Blutung der nicht zu vermeidenden Arteria nasopalatina. Um diesem Uebelstande vorzubeugen, wurde von Bruns zuvor eine Umstechung der Arterie vorgenommen; Andere dagegen wandten entweder ein Glüheisen an oder suchten die Blutung durch Kompression zu stillen.

Bardeleben ist es durch sein Operationsverfahren gelungen, diesen Uebelstand vollständig zu beseitigen. Durch einen Längsschnitt auf der untern Vomerkannte wird Schleimhaut und Periost durchtrennt, sodann wird mit einem Periostschieber das Periost sammt dem darüberliegenden mucösen Gewebe in genügender Ausdehnung von seiner Unterlage abgehoben. Die Arteria nasopalatina, die im Periost verläuft, wird auf diese Weise, ohne verletzt zu werden, einfach abgehoben und es gelingt nun ohne große Blutung, an dem Vomer den gewünschten Keil mit einer Cooper'schen Scheere zu excidiren und je nach Bedürfniß die Schnittflächen an einander zu verschieben, sowie den vorstehenden Zwischenkiefer zwischen die Lücke der Alveolarfortsätze zurückzudrängen. Diese Methode hat bis jetzt die meisten Anhänger gefunden und wird in der größten Anzahl der Fälle zu einem zufriedenstellenden Resultate führen.

Rose's Verfahren besteht nach Groll ²⁾ darin, den unteren Vomerrand

¹⁾ Berendsen, l. c. ²⁾ Groll, l. c.

möglichst oberflächlich, nicht einmal $\frac{1}{2}$ cm weit mit einer guten Knochenscheere in einiger Entfernung hinter dem Zwischenkiefer durchzukneifen und dann den Zwischenkiefer mit dem auf die Nase aufgesetzten Daumen unter Fractur der Nasenscheidewand in die Alveolarspalte zurückzubrechen.

Für diejenigen Fälle, in denen der Zwischenkiefer zu groß ist, wurde von Bruns und Esmarch ¹⁾ vorgeschlagen, die seitlichen Ränder anzufrischen und die Knochennaht auszuführen, eventuell auch die periostalen Ueberzüge des Zwischenkiefers und des Alveolarfortsatzes zu vereinigen.

In neuerer Zeit haben sich wiederum Stimmen für die vollständige Entfernung des Zwischenkieferstückes geltend gemacht. Von der Erfahrung ausgehend, daß in späteren Jahren sowohl die Festigkeit des Knochens sehr zu wünschen läßt, als auch die Zahnbildung in demselben nach der Operation zurückbleibt, wird vorgeschlagen, das Mittelstück einfach zu entfernen. Eine von einem kundigen Zahnarzte angefertigte Prothese soll dann sowohl die Entstellung des Gesichtes aufheben, als auch ein Gebiß liefern, das zum Kaugeschäft besser dient, als das wacklige Zwischenkieferstück mit seinen fehlerhaften Zähnen. Bedenkt man dazu noch, daß die Kinder später so wie so wegen ihrer Gaumenspalte eine Prothese tragen müssen, so verdient dieser Vorschlag sowohl vom Standpunkte der Kosmetik, als auch im Interesse der Ernährung des Patienten in Betracht gezogen zu werden.

Für einseitige Kieferspalte mit Schiefstellung des Os intermaxillare empfiehlt Terillon, ²⁾ den Zwischenkiefer, an seiner Vereinigungsstelle mit dem Alveolarbogen, mit der Knochenscheere loszutrennen und mit einem Meißel vom Vomer so beweglich zu machen, daß er in die normale Stellung zurückgedrängt werden kann.

Bei unseren Fällen haben wir je nach den Verhältnissen entweder die subperiostale Resektion nach Bardeleben oder die einfache Einknickung des vorstehenden Zwischenkieferstückes, nachdem vorher durch einen Handmeißel dasselbe von seiner Umgebung beweglich gemacht worden, ausgeführt.

Dieser vorausgehenden Operation folgte in der nämlichen Sitzung die vollständige Vereinigung der Lippenspalte und haben wir allen Grund, mit den Resultaten zufrieden zu sein.

¹⁾ Esmarch, Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1883 I, S. 49.

²⁾ Terillon, Bulletin général de thérapie médicale et chirurgicale, 1878.

Naht.

Nachdem wir nun die eigentliche blutige Operation beendet haben, legen wir die schneidenden Instrumente bei Seite. Die blutende Orbikularis, die wir, um der Sache ein Ende zu machen, vielleicht mit einem feinen Schieber gefaßt haben, wird torquirt und wir schreiten zur Vereinigung der Spaltränder resp. zur Naht. Kaum ein Gebiet der Chirurgie hat so viele an Kleinlichkeit erinnernde Künsteleien aufzuweisen als die Naht der Hasenscharten. Als Beweis dafür sei nur erwähnt, daß man sich früher darüber gestritten, ob die zu verwendenden Nadeln aus Gold, Silber oder Platin sollen hergestellt werden; ob die Spitze rund, flach oder kantig sein solle und ob die Spitze abschraubbar oder nicht. Hievon wurde dann der gute Erfolg der Heilung abhängig gemacht. In allen vorliegenden Fällen wurde dieselbe neben den peinlichsten antiseptischen Kautelen in der Anlegung einer exakten und sauberen Naht zu erreichen gesucht.

Es ist allgemein bekannt, wie subtil die neueste Chirurgie mit den Darmnähten, dem Ideal einer Naht zu verfahren pflegt, um einer Infektionsgefahr und dem daraus resultirenden Aufgehen der Nähte zu entgehen. Auch bei frisch genähten Hasenscharten haben wir es mit ähnlichen Verhältnissen zu thun. Mikroorganismen drohen von außen und namentlich von Seite der Schleimhaut. Von außen können wir sie abwehren durch schützende Deckverbände. Innen können wir weder Salben noch Kollodiumverband etc. anlegen, das einzige Mittel ist daher eine gute, exakte Vernähung der Wunde und diese gelingt nur, wenn schon bei der Operation auf die Schnittführung die peinlichste Sorgfalt verwendet worden, wenn keine Quetschung, keine Spannung, keine dünnen schwer zu ernährenden Lappen vorhanden sind.

Was das Material zur Naht anbelangt, so sind dafür Karlsbadernadeln Silberdraht, Seide, Katgut, crin de Florence angewandt, und empfohlen worden. Ueber die Zweckmäßigkeit des betreffenden Nähmaterials werde ich mich in den speziellen Fällen bei Besprechung ihrer Anwendungsweise auslassen. Nur so viel sei bemerkt, daß die Hauptforderung, die wir an dasselbe stellen, ist, daß es aseptisch gemacht werden kann; denn nur so ist seine Verwendung erlaubt. Entsprechend den kleinen Verhältnissen, gehört auch der Durchmesser unseres Nähmaterials, den feinsten an, was das chirurgische Instrumentarium aufzuweisen hat. Feinste Nadeln, feinste Seide, feinstes Katgut.

Als Nähnadeln werden kleine gebogene Stahlnadeln verwendet und bedient man sich zu ihrer besseren Handhabung der Nadelhalter in entsprechender Größe.

Um nun von der Naht überhaupt zu sprechen, so sei bemerkt, daß man unterscheidet:

I. Koaptationsnaht,

II. Hilfsnähte und Entspannungsnähte.

Unter Koaptationsnaht versteht man diejenige Naht, die den Zweck hat, nur die Wundränder zur Vereinigung zu bringen. Hilfsnähte jedoch legen wir an, um das difformirte Nasenloch in korrigirter Stellung zu erhalten, oder aber in die Lippe um die Spannung zu heben oder als Unterlage für die frisch vereinigte Lippe über breite Knochenspalten.

Zur Anlegung der Koaptationsnaht wurde von Louis die unblutige Naht empfohlen und des energischsten vertheidigt. Dieselbe findet jetzt jedoch selbstverständlich keine Verwendung mehr.

Im Fernern fand die umschlungene Naht (die Hasenschartennaht $\kappa\alpha\tau' \ \epsilon\tilde{\xi}\omicron\lambda\gamma\nu$) schon seit langer Zeit Anwendung. Dieselbe liefert namentlich für leichtere Fälle sehr gute Resultate und wurde auch von uns einige Male angewendet.

In der gegenwärtigen Zeit wird die Knopfnaht am meisten ausgeführt, da durch sie eine exakte Vereinigung der Wundränder sehr erleichtert wird und wir dieselbe in jeder beliebigen Distanz von einander je nach Bedürfniß anlegen können.

Ob wir nun Katgut oder Seide anwenden sollen, ist vom Standpunkte der Asepsis vollständig gleichgültig. Ich habe die feste Ueberzeugung gewonnen, daß Katgut in der Feinheit wie es für Hasenschartenoperationen gebraucht wird, mit Leichtigkeit, sei es nach dieser oder jener Methode, sterilisirt werden kann und daß also der bekannte Einwurf der Infektiösität des Katgut's für die Hasenschartenoperationen dahinfällt. Ueber die Zubereitung selbst zu sprechen, würde zu weit führen. Die Hauptbedingung ist nur, daß das Material steril sei, und dieß wird bei Katgut durch diese oder jene Behandlungsweise, bei Seide gewöhnlich durch Auskochen, erreicht.

Die Zweckmäßigkeit der Anwendung des Katgut's für die Hasenschartennaht möchte ich aus folgenden Gründen bezweifeln:

Erstens gelingt es mit Katgut nie, in der exakten Weise, wie es bei Seide der Fall ist, die Wundränder aneinander zu legen, indem dem Katgut die Geschmeidigkeit der Seide abgeht.

Zweitens läßt Katgut erfahrungsgemäß, in Folge des Aufquellens, viel länger sichtbare und größere Stichnarben zurück als Seide, weshalb letztere vom Standpunkte der Kosmetik vorzuziehen ist.

In unseren Fällen wurde stets feinste Seide verwendet und zwar die geflochtene amerikanische Seide, die gegenüber den anderen gedrehten Fabrikaten den Vortheil größerer Festigkeit auch bei feinsten Nummern hat.

Daß eine Hasenscharte auch durch fortlaufende Naht zur Vereinigung gebracht werden kann, ist selbstverständlich; doch ist mir eine dießbezügliche Erwähnung nicht unter die Augen gekommen und dürfte nur bei geradlinigen Wundrändern Anwendung finden. Die Nähte werden gewöhnlich auf der Außenseite der Lippe, einige mm. vom Wundrande entfernt, angelegt und gehen entweder durch die Lippe, ohne die Mundschleimhaut zu verletzen oder sie durchbrechen dieselbe und gehen auch über die innere Wunde. Wir haben stets die Naht bis nahe an die Schleimhaut durchgestochen.

Von Ammon ¹⁾ empfiehlt, zur Unterstützung noch eine innere Naht anzulegen. In ähnlicher Weise wollte Allen Ducke ²⁾ die Nähte subkutan anlegen, damit man sie nicht sieht und auch die Stichnetnarben vermeidet.

Wir haben in einzelnen Fällen den Vorschlag von Ammon befolgt und gute Resultate erhalten.

Wie oben bemerkt, unterscheiden wir:

- I. Hilfsnähte für die Nase,
- II. Hilfsnähte für die Lippe.

Die Ersteren bezwecken, das difformirte Nasenloch in einer korrigirten Stellung zu erhalten und anheilen zu lassen. Auch hierfür sind mannigfaltige Methoden und Apparate angegeben worden. Guersant erwähnt ein sog. Pince-nez, dessen Anwendung jedoch wegen Decubitus-Erzeugung von vornherein zu verwerfen ist. (Tafel I.)

Eines der vielerorts geübten Verfahren ist im Fernern folgendes:

Als Hilfsnaht für die Nase sticht man eine dicke Insektennadel ³⁾, an die man bis zum Knopfe ein kleines Hemdenknöpfchen vorgeschoben hat, in den Winkel zwischen Wange und Nasenflügel ein und durch, bis zur anderen Seite in gleicher Höhe. An die hervorragende Spitze schiebt man ein zweites Knöpfchen und biegt die Nadel mit einer Zange so lange um, bis dieselbe gehörig fest, die beiden Nasenflügel von beiden Seiten zusammengedrückt sind und so als Spannungsmomente wirken können.

Noch besser als die Insektennadel soll sich eine dünne, zu diesem Zwecke eigens konstruirte Nadel eignen, deren Spitze sich nach der Durchstechung

¹⁾ von Ammon, innere Hasenschartennaht. Schmidt's. J. 43. 55. 47. 209.

²⁾ Allen Ducke, Schmidt's J. 103; 57. 98. 388.

³⁾ Günther, l. c.

abschrauben und durch ein kleines Knöpfchen ersetzen läßt. Um den Druck zu vermindern, wird einfach etwas Heftpflasterstreifen untergeschoben. (Fig. XXXVII und XXXVIII.)

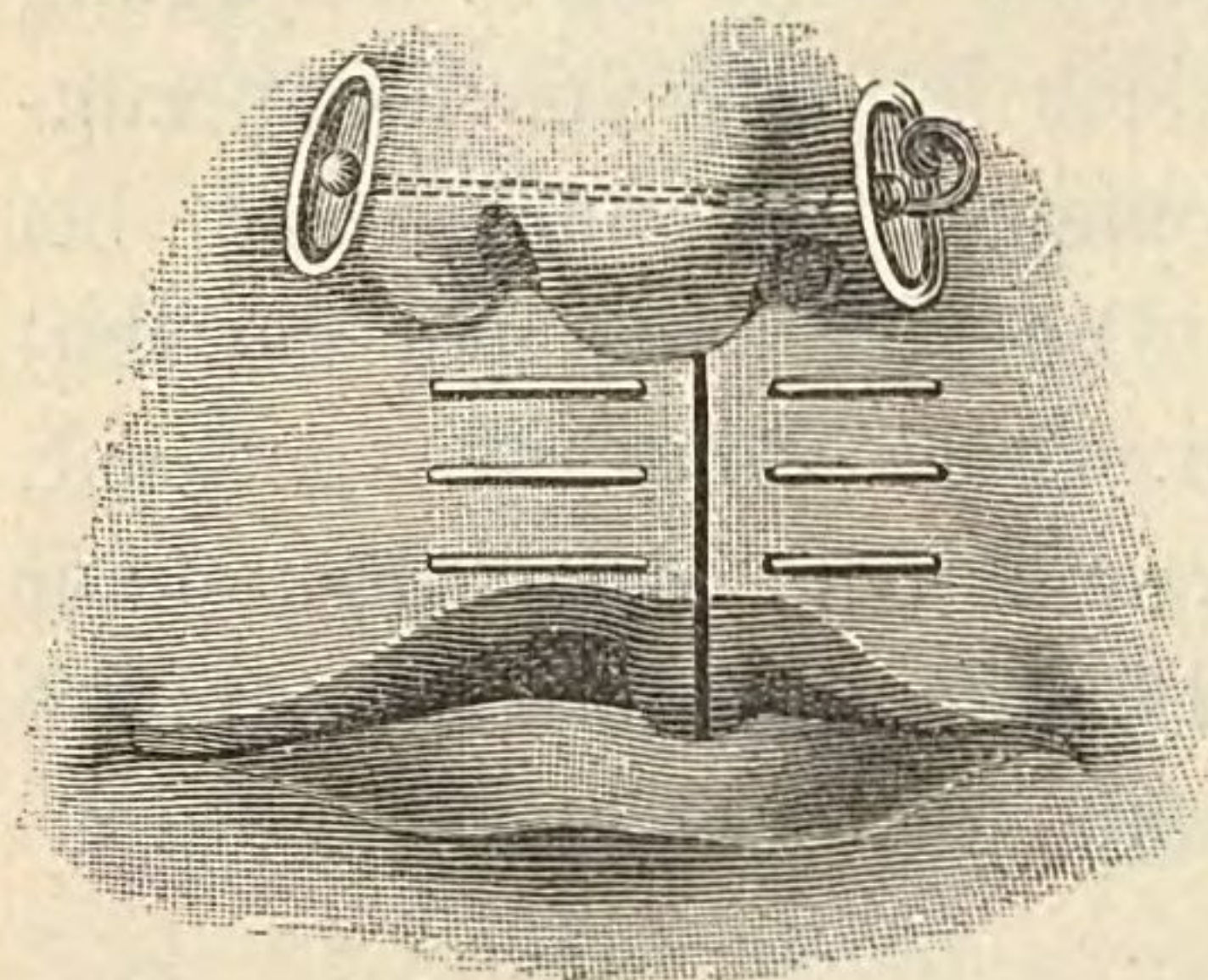


Fig. XXXVII.

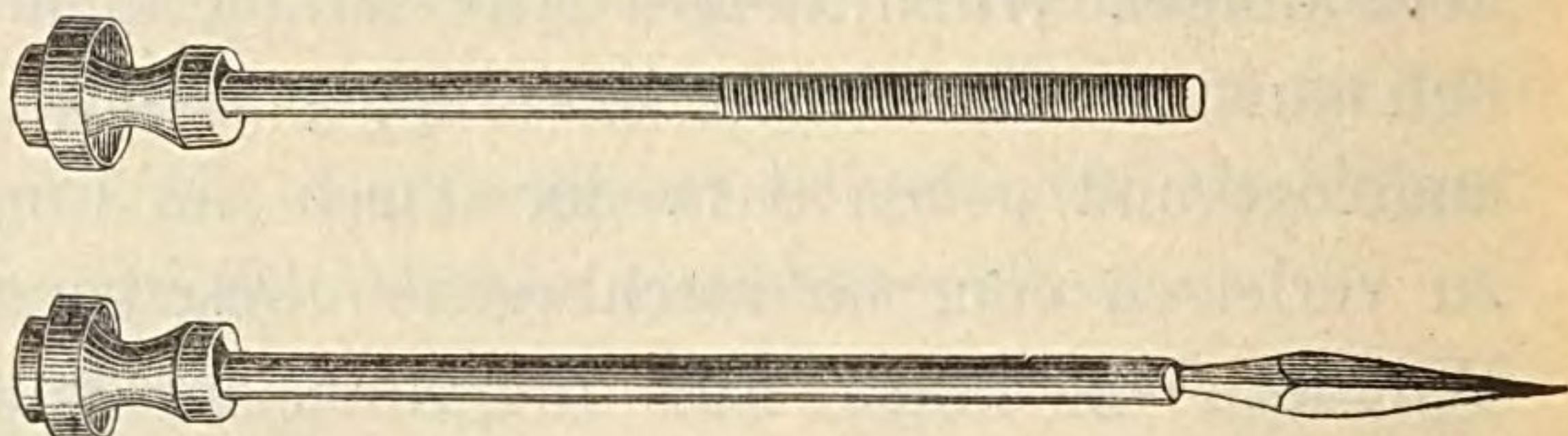


Fig. XXXVIII.

Da dieses Verfahren eine Verkleinerung beider Nasenlöcher zur Folge haben sollte, so wurde von anderer Seite eine kleine Zapfennaht durch ein oder beide Nasenlöcher empfohlen. Die Anwendung dieser Hilfsnähte ist aus der vorhergehenden Figur ersichtlich. (Fig. XXXIX.)

Da das Girard'sche Operationsverfahren hauptsächlich für breite und bis in das Nasenloch reichende Spaltbildungen angewandt wird und, wie oben bemerkt, hier beinahe immer eine Loslösung der Oberlippe von ihrer Unterlage erfolgt, so ist auch hier die Anlegung einer Hilfsnaht ein Gebot der Nothwendigkeit, zumal wir durch dieselbe eine gute Modellirung des difformirten Nasenloches erreichen können.

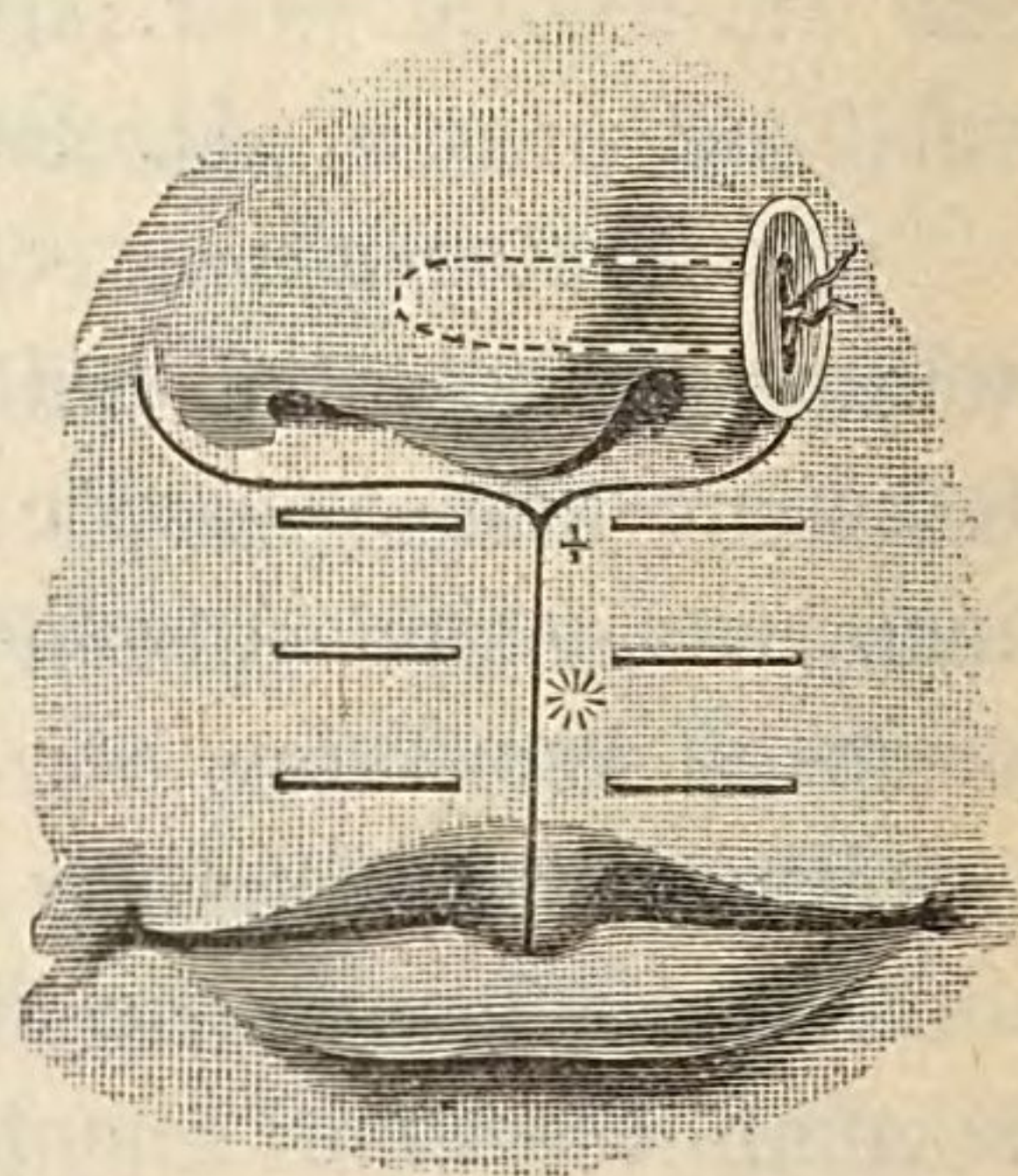
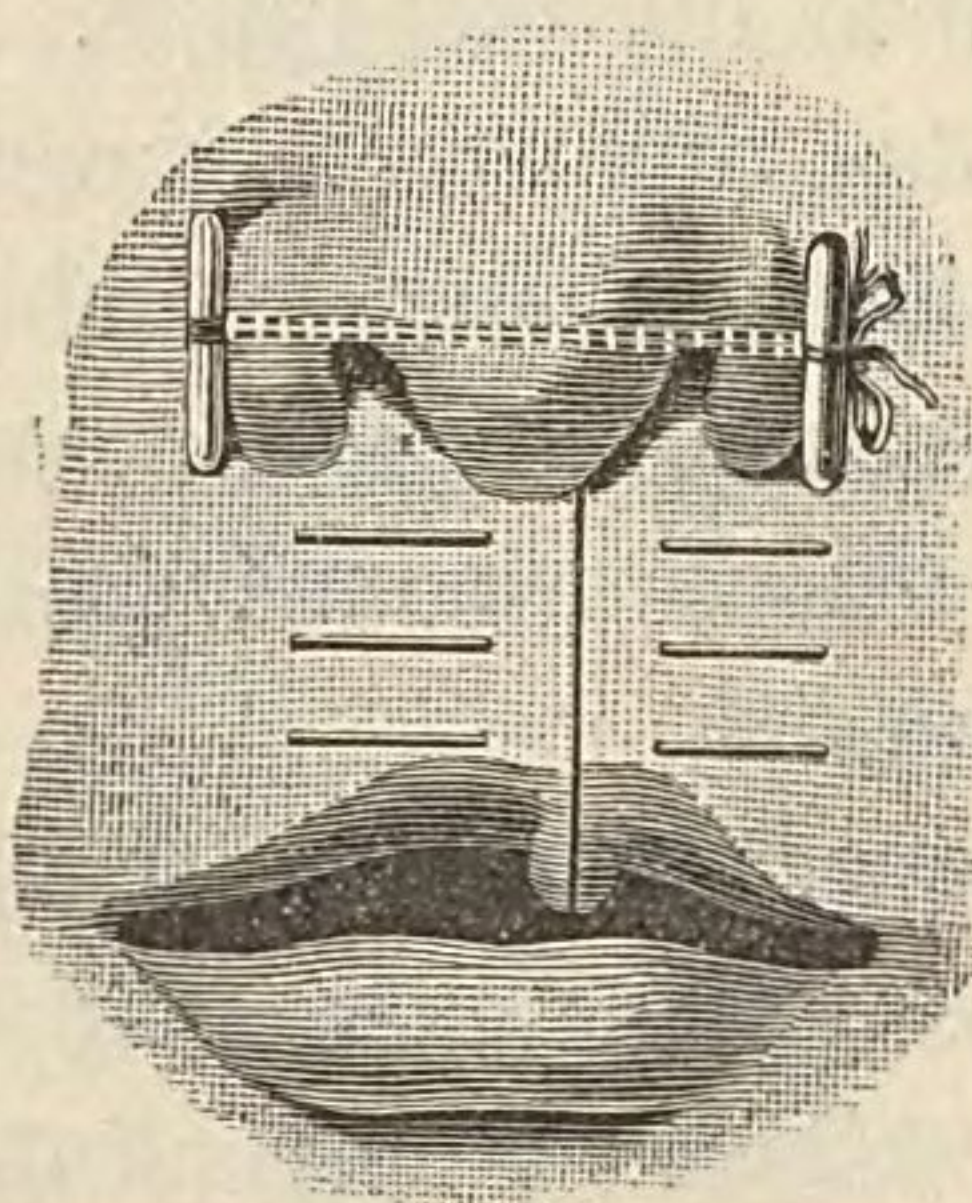


Fig. XXXIX.

Zur Anlegung dieser Hilfsnaht verwenden wir ebenfalls eine Karlsbadernadel; da dieselbe jedoch mindestens durchschnittlich 4 Tage liegen gelassen wird, so ist es sehr leicht ersichtlich, daß während dieser Zeit durch den Druck, den das Metall auf die weiche Haut ausübt, in gewisser Ausdehnung Decubitus und dessen Folgen eintreten. Die oben als Schutz erwähnten Heftpflasterstückchen können diesem Vorgange wenig oder gar nicht hindernd in den Weg treten.

Professor Girard verfährt nun, um diesem Uebelstande auszuweichen, folgendermaßen:

In die Insektennadel wird zuerst eine kleine Bleiperle eingeführt, sodann von einem circa 3 mm dicken Drainrohre mit resistenter Wandung ein circa 1 cm langes Stück abgeschnitten und die Nadel durch dasselbe quer durchgespießt. Hierauf wird die Nadel in der Naso-Labialfalte eingestochen und hart auf dem Knochen bis zur andern Seite geführt, wo sie gewöhnlich an gleicher Stelle und in gleicher Höhe zum Vorschein gebracht wird. Nun folgt wie auf der entgegengesetzten Seite die Aufspießung des Drainrohres und der Bleiperle. Nachdem nun durch gehörigen Zug eine

genügende Entspannung und Verengerung des difformirten Nasenloches herbeigeführt worden ist, wird mit einer Zange die zuletzt eingeführte Bleiperle festgekniffen. Durch die Einführung der elastischen Drainröhrchen ist die Schädlichkeit des Druckes, der auf die Haut ausgeübt wird, auf ein Minimum reduziert und haben wir Decubitus auch bei längerem Liegenlassen dieser Naht nicht gesehen. (Fig. XL.)

Es gibt aber auch Fälle, in denen das difformirte Nasenloch nicht auf gleichem Ni-

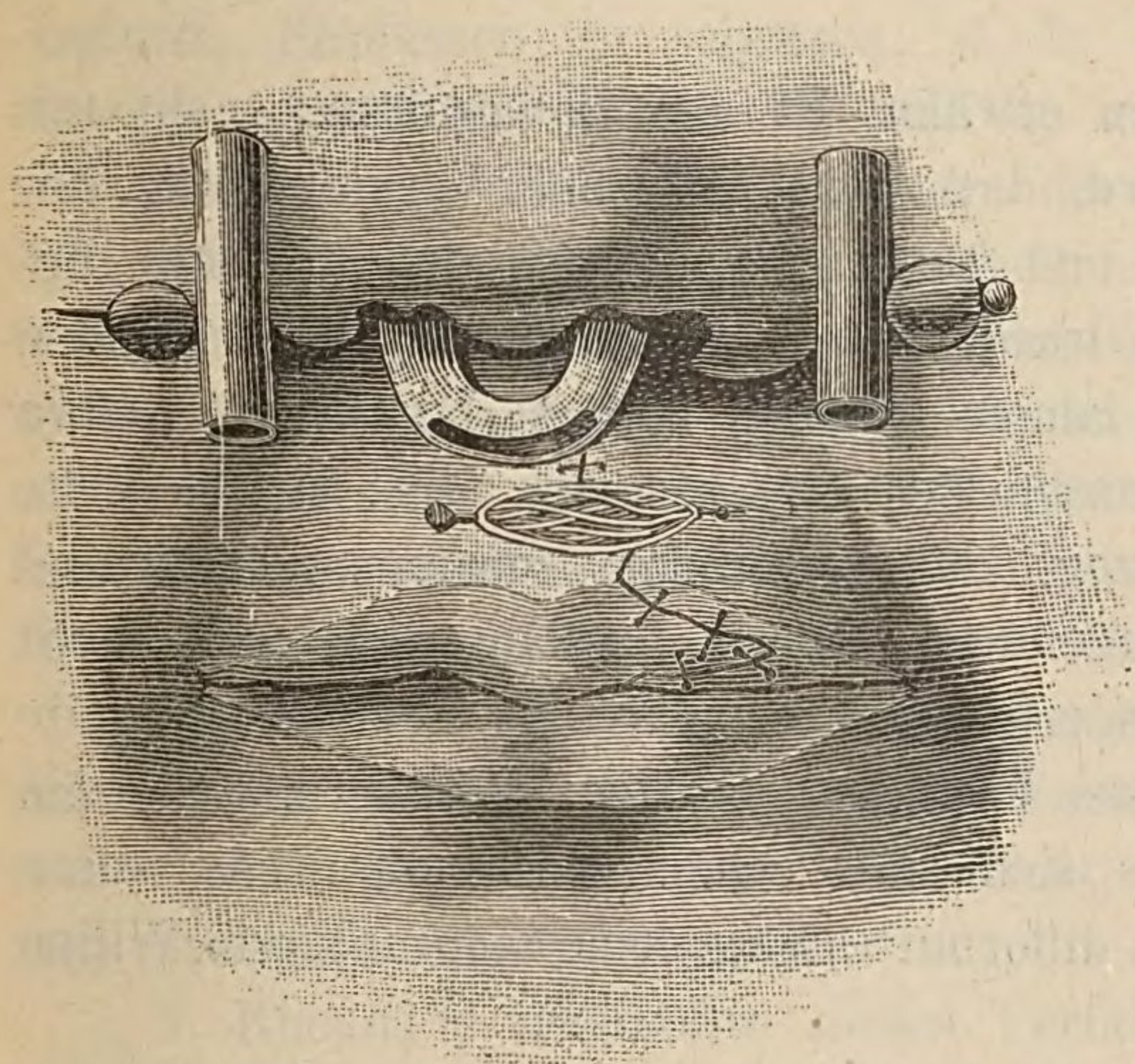


Fig. XL.

veau mit dem gesunden steht, sondern tiefer. In diesen Fällen wird die Nadel nicht auf beiden Seiten in gleicher Höhe durch die Naso-Labialfalte gestochen, sondern entsprechend der Niveau-Differenz auf der difformirten Seite tiefer. Dadurch gelingt es, den tieferen und von der Unterlage abgelösten Nasenflügel beim Formiren des Nasenloches höher zu stellen, resp. auf die gleiche Höhe wie den gesunden zu bringen. Einige Male wurde früher von Prof. Girard, statt der Karlsbadernadel, zu dieser Hilfsnaht ein dicker Silberdraht verwendet; doch läßt sich bei demselben wegen seiner Biegsamkeit eine Höherstellung des Nasenloches nicht bewerkstelligen und sind deshalb die starren Insektennadeln dem Silberdrahte vorzuziehen.

Zudem haben wir bei den Karlsbadernadeln noch folgenden nicht zu unterschätzenden Vortheil:

Da die zuerst eingeführte Bleiperle durch den Nadelknopf in ihrer Lage festgehalten wird, so braucht dieselbe nach der Operation nicht festgekniffen zu werden. Zeigt sich nun im Verlauf der Nachbehandlung, daß die Spannung zu gering ist, so ist es ein Leichtes, die zuerst eingeführte Perle mehr anzuziehen und festzukneipen. Sollte dagegen sich herausstellen, daß während der Operation die Naht zu fest angezogen worden ist und daß die Nasenflügel unter zu starker Spannung stehen, so kann man diesen Uebelstand heben, indem man den Nadelknopf einfach wegkneipt. Man kann darauf die nicht fixirte Bleiperle um etwa die Hälfte ihres Durchmessers nach außen verschieben, was einer Entspannung von circa 2 mm entspricht, eine Länge, die für kindliche Verhältnisse gewiß schon von Bedeutung ist.

Wenn von Günther, wie oben erwähnt ist, der Unterstützungsnaht mit einer Nadel zur Last gelegt wird, daß durch sie eine Verkleinerung der Nasenlöcher zu Stande komme und somit der Abfluß des Sekretes behindert sei, so begegnet Prof. Girard diesem Einwande in der folgenden Weise: Aus einem circa 3 cm langen ziemlich dünnen Drainrohre, etwa der Oeffnung eines kindlichen Nasenloches entsprechend, wird in der Mitte ein großes Auge herausgeschnitten, die Drainröhre zusammengelegt und jedes Ende in das Nasenloch eingeführt. Durch dasselbe wird aber nicht nur der freie Abfluß des Sekretes erleichtert, sondern es dient dieses runde Drainrohr, da es ja eine gewisse Festigkeit besitzt, gewissermaßen dem Nasenloch als Form, um die es sich sehr schön anschmiegt. Auf diese Weise gelingt es sehr leicht, das difformirte Nasenloch nach unserem Willen zu formen.

Die Lippenhülfsnähte dienen hauptsächlich zur Entspannung oder zur besseren Fixirung der Wundränder, wodurch die Ausführung der eigentlichen Naht erleichtert wird. Man kann hiezu wiederum tiefe Knopfnähte mit Seide oder Catgut verwenden. Auch die umschlungene Naht ist sehr wohl anzuwenden, zumal die frischgebildete Lippe durch sie einen guten Halt über breite Spalten bekommt. Auch Prof. Girard wendet hie und da eine solche an und zwar wird dieselbe etwa in der Höhe des Winkels E angebracht. Dieselbe wirkt weniger als Entspannungsmoment (da bereits die Hülfsnaht in der Nase gehörig entspannt und auch durch die oben erwähnte ergiebige Mobilisation der Lippe, die Spannung in derselben nur gering ist), sondern sie hat hauptsächlich den Zweck, eine genaue Vereinigung der verschiedenen Ecken zu erleichtern und jegliche Verziehung der Wundränder zu verhindern. Zudem werden durch den um sie breit geschlungenen Seidenfaden die Umkrempelungen und Wulstungen ver-

hindert; es muß aber die Nadel stets spätestens nach 24 Stunden entfernt werden, damit möglichst geringe Stichspuren zurückbleiben.

Auch Silberdraht mit Bleiperlen und Drainröhrchen wurden in gewissen Fällen von Prof. Girard versucht, doch ist er von dieser Anwendung zurückgekommen, da jedesmal bei Silberdraht lang sichtbare Stichnetzen entstanden.

Broca ¹⁾ schützt durch ein Caoutchouc-drain, durch das er nach der Operation auf der Innenseite der Lippe eine Dieffenbach'sche Nadel steckt, die Lippe vor den Bewegungen der Zunge. Es ist dies eine Methode, der gewiß ihre Berechtigung zuerkannt werden muß.

Nach Anlegung der Nähte geht die Aufgabe dahin, die Wunde vor äußeren Einflüssen zu schützen, d. h. einen schützenden Verband anzulegen. Auch hier treffen wir auf die mannigfaltigsten Einrichtungen.

Vor allem sind die Heftpflaster oder Kollodiumverbände zu erwähnen. Ein oder zwei Heftpflaster oder mit Kollodium zu bestreichende Gazestreifen werden über die Breite der Lippe gelegt und auf diese Weise dieselbe zugedeckt. Die Länge der Streifen reicht gewöhnlich von einem Ohre zum anderen und wird unter Kompression der Wangen ausgeführt, damit beim Schreien möglichst wenig Zug auf die junge Narbe ausgeübt und dieser Verband gleichsam noch als unblutige Hilfsnaht dient.

Eine weitere Modifikation bestand darin, daß die Kollodiumstreifen nur bis an eine gewisse Distanz an die Nahtlinie herankamen. Die Nahtlinie selbst wurde dann mit Fäden überbrückt, die sich zusammenziehen und so die Spannung vermeiden ließen.

J. Rhoads ²⁾ veränderte dieses Verfahren in der Weise, daß er unter das Heftpflaster jederseits ein mehrfach durchlöcherntes Metallblättchen von 2 cm Breite und mehreren Centimetern Länge unterlegt, diese Blättchen mittelst eines im Nacken haftenden Bandes fixirt und dann obige Naht anwendet. Dadurch stehen die Fäden der unblutigen Naht genügend weit von der blutigen Hasenschartennaht ab, so daß letztere besser nachbehandelt werden kann, ohne daß man die unblutige Naht entfernt, somit soll das Platzen der Naht besser verhütet werden. Bei zwei Fällen, wo die Gefahr des Platzens der Nähte eine große war, wandte Prof. Girard folgenden Verband an: An sechs circa 1— $\frac{1}{2}$ cm breiten Gazestreifen wurden an einem Ende gewöhnliche Häftchen angenäht. Man befestigt nun diese Gazestreifen, die Häftchen

¹⁾ Broca, Bulletin de la Société chirurgicale. A VI, pag. 260, 1855.

²⁾ J. Rhoads, Metallic strips with adhesive plaster for harc. lip dressing. Centralblatt für Chirurgie 1886. Nr. 46.

etwa 2 cm. vom Wundrande entfernt, von verschiedenen Richtungen her und je drei auf einer Seite auf der Wange mit Kollodium.

Durch einen dickeren Seidenfaden werden nun, ähnlich wie bei einem Schnürschuhe die Häftchen einander genähert, so daß eine Entspannung eintritt und zwar nicht nur in einer Richtung, da die Streifen von verschiedenen Seiten her auf die Wunde zulaufen. Die Besorgung und Beaufsichtigung der Wunde ist nun bedeutend erleichtert, indem nur der Seidenfaden durchgeschnitten zu werden braucht, worauf man leicht zur Wunde gelangen kann. Ebenso schnell läßt er sich wieder ersetzen.

Neben den Heftpflaster- und Kollodiumverbänden werden von anderen Seiten warm die Salbenverbände empfohlen.

Socin ¹⁾ hat seinen Zinkpastenverband. Die Vorschrift ist folgende: 50 Theile Zinkoxyd, 50 Theile Wasser à 5—6 Theile Zinkchlorid werden als Paste mit einem Spatel auf die Naht gebracht und trocknen an der Luft zu einem festen Schorf, der eine fest haftende und luftdicht schließende Wundbedeckung bildet. Das Nasensecret soll über dieselbe herablaufen können, ohne die Wunde zu verunreinigen. Die Paste bleibt 4—6 Tage liegen.

König ²⁾ legt nach Reinigung der Wunde mit einem Karbolschwamm sofort einen dicken Klumpen von Borsalbe (1 : 10 Fett), darüber kommt ein Borlintläppchen von der Breite und Länge der neuen Lippe. Dasselbe wird dann mit einem fast ebenso breiten, langen Streifen von englischem Pflaster, welchen man an die Wangen anklebt, fixirt.

Neben diesem Borsalbenverband empfiehlt Herrmann ³⁾ noch Umschläge von Bleiwasser.

Von Goyrand d'Aix ⁴⁾ ist noch ein komplizirter Apparat empfohlen worden, der den Zweck hat, die Kinder zu verhindern, ihre Zunge vorzustrecken, mit der sie der Wundheilung Schaden zurichten.

Dies Instrument darf mit Recht «Marterinstrument» bezeichnet werden und ist sein einziger Platz in der vorantiseptischen Folterkammer.

Trendlenburg ⁵⁾ und Lücke sind gegen alle solche Verbände. Nach ihnen kommt auch ohne dieselben eine gleich gute prima Heilung zu Stande, indem sich über den Nähten ein Schorf bildet, der nur weggenommen werden soll, wenn die Nasenlöcher verstopft sind, ansonst er erst am

¹⁾ Socin, Beiträge zur klinischen Chirurgie. F. Bruns. IV. Band. Heft 2.

²⁾ König, l. c.

³⁾ Herrmann, l. c.

⁴⁾ Günther, l. c.

⁵⁾ Trendlenburg, l. c.

vierten bis fünften Tage vorsichtig aufgeweicht, losgelöst und zugleich mit den Nähten entfernt wird.

Auf der Abtheilung des Herrn Prof. Dr. Girard wurde stets folgendermaßen verfahren: Nachdem die Lippe und ihre Umgebung sorgfältig mit einem Schwamm und Hg J₂-Lösung abgewischt worden, bestreuen wir die Nahtlinie und die Hilfsnähte mit Jodoformpulver. Darüber wird ein Gazestreifen gelegt, der von einem Ohr zum andern geht und die Breite der neuen Oberlippe besitzt. Nachdem durch Zusammenpressen der Wangen eine gehörige Entspannung in der Oberlippe eingetreten ist, werden die Gazestreifen auf den Wangen, aber nur auf diesen mit Kollodium fixirt.

Die Wunde selbst bleibt frei, nur mit einem einzigen leichten Pinselstrich wird der Streifen unter der Nase leicht angefeuchtet, so daß nach Eintrocknen des Kollodiums das Secret aus den beiden Nasenlöcherdrains, leicht über den Streifen abfließen kann, ohne die Wunde zu verunreinigen.

Mit einem kleinen Handgriff gelingt es leicht, eine allfällige Hilfsnadel in der Oberlippe durch den Gazestreifen durchzustechen, so daß sie später ohne Aenderung des Verbandes entfernt werden kann.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Nachbehandlung.

Von verschiedenen Seiten wird empfohlen, gleich nach der Operation den Kindern ein leichtes laxans (Syrup mannae) zu geben, um das verschluckte Blut aus dem Darmtractus zu entfernen. (Trendlenburg. Herrmann.)

Um das Schreien der Kinder und den durch dasselbe hervorgerufenen Zug an den Wundrändern zu verhindern, werden auch Narcotica empfohlen. (Herrmann, stündlich 1 Kinderlöffel Syrup Diacodii und Syrup croci ââ, König, höchstens 1 Tropfen Tinct. opii.!)

Da wir bei Narcose operiren, so schlafen die Kinder, bald nachdem sie aufgewacht, wieder ein und schreien höchstens wieder, wenn sie zu trinken verlangen, und dieser Punkt führt uns noch dazu, uns über die Ernährungsweise der Kinder nach der Operation auszusprechen. Werden Kinder gleich nach der Geburt operirt und besitzen dieselben keine komplizirten Hasenscharten, so ist es selbstverständlich, daß die beste Ernährungsweise das Nehmen der Mutterbrust ist; ob aber die Saugbewegungen nicht störend auf die Wundheilung einwirken, ist noch sehr zu bezweifeln und kann dieser Nachtheil gewiß nur dadurch aufgehoben werden, daß die Mutterbrust eben weitaus die beste Ernährungsweise ist.

Sind wir aber einmal in Verhältnissen, wie wir sie in jedem Spitale treffen, wo keine Mutter vorhanden, so bleibt uns hier nur die Wahl zwischen Flasche und Löffel. Die erstere ist nun meiner Ansicht nach einfach zu verwerfen. Abgesehen von den Inkonvenienzen, welche die wenig

gut sterilisirenden Gummizapfen wegen ihrer Infektionsgefahr bieten, ist doch der Nachtheil der Saugbewegungen auf die Wunde entschieden größer, als man vielfach angenommen; deshalb wird derselbe auch für Hasenschartenkinder auf der Abtheilung des Hrn. Prof. Dr. Girard vollständig verbannt. Die Ernährung geschieht einzig und allein mit dem Löffel, den man jederzeit durch Auskochen und sorgfältiges Abwischen von jedem für die Wunde schädlichen Einflusse befreien kann. Dazu gehört allerdings Geduld und Aufmerksamkeit, zudem wenn von der betreffenden Wärterin verlangt wird, daß der Mund und die Lippen nach jedem Trinken mit einem Tupfer sauber von den Milchresten gereinigt werden. Durch dieses Vorgehen sollen den Mikroorganismen des Mundes die Speisereste, d. h. ein möglichst großer Theil ihres Nährsubstrates entzogen werden. Und wie viele andere Autoren bereits bemerkt haben, ist eine gute Wärterin für eine gute Heilung der operirten Hasenscharte ein wichtiges Moment und ich kann nicht umhin, hier zu betonen, daß wir ebenfalls einen großen Theil der guten Erfolge für diese Operation unsern Schwestern im Kinderzimmer verdanken.

Was nun die Herausnahme der Nähte anbelangt, so bleiben Catgutnähte circa 10 Tage und mehr liegen, Seidennähte dagegen nur 4—5 Tage. Einige lassen die Entspannungsnähte länger liegen, Andere entfernen zuerst die eigentliche Naht. Die Entfernung der Insektennadel, wenn solche verwendet wird, in der Oberlippe erfolgt bei uns stets nach 24 Stunden, ohne jedoch den Collodiumstreifen zu entfernen. Es blieb dabei der umschlungene Seidenfaden auf der Wunde unter dem Streifen liegen und wurde erst mit den eigentlichen Nähten entfernt, was gewöhnlich nach zweimal oder höchstens dreimal 24 Stunden geschah. Die Hilfsnaht zur Formirung des Nasenloches wurde während circa 4 Tagen liegen gelassen und dann entfernt. Während dieser Zeit hat sich die Verwachsung des Nasenflügels mit seiner Unterlage vollständig gemacht, das Nasenloch hat eine runde Form angenommen und die deformirende Mißbildung vortheilhaft korrigirt. Was die Drainröhre in den beiden Nasenlöchern anbetrifft, so wurde dieselbe bei jedem Verbandwechsel vorgenommen; war aber eine starke Sekretion oder Verstopfung vorhanden, so geschah die Reinigung öfters. Täglich oft ein bis zweimal.

Da Kinder mit operirten Hasenscharten wegen Verschuß der Lippenpalte im Anfange nur durch die Nase athmen können, so ist die Gefahr von Erstickung bei Verschuß der Nasenlöcher eine große. Es leisten deshalb die Drainröhrchen, namentlich wenn sie stets sauber gehalten werden, sehr Bedeutendes.

Auch über den Verbandwechsel ist sehr wenig zu erwähnen. Bei Dauer-

nähten wird er natürlich sehr lange liegen gelassen. Einige ändern ihn alle zwei Tage, andere lassen ihn vier bis fünf Tage liegen. Gemäß unserem Vorgehen bei der Herausnahme der Naht wurde derselbe alle zwei Tage erneuert und vom sechsten Tage an gänzlich weggelassen. Um das so lästige Schreien der Kinder bei der Herausnahme der Nähte zu verhindern, wurde dieselbe stets in der Chloroformnarkose vorgenommen. Nachoperationen, wenn nöthig (zwei Mal), wurden gewöhnlich erst zwei bis drei Monate nach Entlassung aus dem Spital ausgeführt.

Am Ende meiner Arbeit angelangt, sei es mir noch gestattet, die Prinzipien und das Verfahren bei Hasenschartenoperationen, wie es H. Prof. Dr. Girard auf seiner Abtheilung anwendet und wie ich es zerstreut in den verschiedenen Kapiteln geschildert habe, hier gedrängt zusammengestellt, zu recapituliren.

Die Hasenscharten sollen für leichte Fälle frühe, für schwierige circa im dritten bis sechsten Monate operirt werden. Vor allem muß aber das Kind frei sein von jeglichem Katarrh der Luftwege und des Darmtractus. Auch ist Sorge zu tragen, daß nicht schwächliche, schlechtgenährte Kinder zur Operation kommen, eine vorherige gute Auffütterung ist sehr zu empfehlen. Die Operation darf nur unter den peinlichsten antiseptischen Kautelen vorgenommen werden und ist die Anwendung der Narkose wegen der sichereren Schnittführung nur zu empfehlen. Das prominirende Zwischenkieferstück wurde nach Bardeleben, bei einseitigen Hasenscharten nach Terillon behandelt.

Es empfiehlt sich namentlich bei breiten Spaltbildungen eine reichliche Loslösung der Lippen und der angrenzenden Wangentheile, da dadurch eine gute Mobilisation der Lippen erzielt wird.

Für einseitige, bis in das Nasenloch gehende, breite Hasenscharten empfiehlt sich das von H. Prof. Dr. Girard modifizierte Hagedorn'sche Verfahren mit Einpflanzung eines Lippensaumläppchens und Girard'scher Hilfsnaht für das Nasenloch.

Die Vortheile des Verfahrens sind folgende:

1) Die Gefahr des vollständigen Aufgehens der Nähte ist eine geringe, indem der in das laterale Lippenroth eingeführte mediane Lippensaum sehr rasch einheilt und ausgezeichnet hält. Da die Vereinigungslinie eine Zickzacklinie ist, so wird dadurch die junge Narbe beim Schreien der Kinder keinem senkrecht auf die Wundränder wirkenden Zuge ausgesetzt, was für eine gute Heilung von Vortheil ist.

2) Der cosmetische Erfolg ist ein guter. Die Höhe der Lippe als auch die Dicke des Lippenrothes kann um ein beträchtliches vermehrt werden.

Durch Anwendung der Girard'schen Hilfsnaht für die Nase gelingt es, die Difformation derselben zu heben. Auch kann durch sie die Niveaudifferenz der Nasenflügel gehoben werden.

3) Für den Abfluß des Nasensecrets sorgt ein gefensteretes Drainrohr, das in beide Nasenlöcher eingeführt wird und das zugleich mit seinen starren Wandungen dem kranken Nasenloch als Form dienen kann.

4) Die Wundheilung ist eine gute. Decubitus wurde ein Mal beobachtet. Als Nähmaterial wurde gekochte Seide verwendet. Für die Hilfsnähte in letzter Zeit immer Karlsbadernadeln und den dazu gehörigen Bleiperlen und Drainröhrchen. Als Antiseptica dienten HgJ_2 -Lösung 1,0:4000,0 und sterilisirtes Wasser.

Nach der Operation wurde die Wunde mit Jodoform bepudert und von einem Ohr zum andern über die neue Lippe ein Collodiumstreifen gelegt, der jedoch die Wunde intakt läßt.

Der Verbandwechsel erfolgt alle ein- bis zweimal 24 Stunden. Die Hilfsnaht für die Lippe wurde nach 24 Stunden, die eigentlichen Nähte nach zwei- bis dreimal 24 Stunden und die Hilfsnaht für das Nasenloch nach viermal 24 Stunden entfernt.

Die Herausnahme der Nähte erfolgt stets in der Chloroformnarcose.

Eine Nachbehandlung direkt nach der Operation wurde nicht ausgeführt, die Ernährung der Kinder erfolgt stets mit dem Löffel.

An dieser Stelle halte ich es für meine Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Dr. Girard, meinen tiefgefühlten Dank für die gütige Ueberlassung des Materials und die guten Rathschläge bei der Anfertigung dieser Arbeit auszusprechen.

Krankengeschichten.

Am Schlusse meiner Arbeit bringe ich noch einige kurzgefaßte Krankengeschichten, die sich auf Patienten beziehen, die ich in der Arbeit speziell erwähnt und wo ich auf die Krankengeschichten verwiesen habe. Anderntheils sind es auch alle die Fälle, die ich während meiner Assistentenzeit selbst beobachtet, theilweise auch selbst operirt habe.

I. S., Emil, von Grindelwald, in Brienz. Aufgenommen den 18. Oktober 1889. Patient, fünf Monate altes, ziemlich schwächliches Kind, leidet an häufigen Diarrhöen und Brechen. Operation wird deßhalb verschoben und wird zuerst der Magendarmkatarrh behandelt. Dieses Kind hat eine linksseitige, partielle, unkomplizierte Hasenscharte. In der Familie nichts von derartiger Mißbildung bekannt.

Am 23. Oktober ist Patient ordentlich hergestellt. Brechen hat ganz aufgehört, ebenfalls die Diarrhöen.

Operation am 23. Oktober 1889 nach Mirault. Naht mit Seide. Patient wird mit dem Löffel ernährt.

Am 24. Oktober. Patient etwas unleidlich, sonst nichts Auffallendes.

Am 25. Oktober. Status wie gestern. Patient scheint etwas mehr heruntergekommen zu sein. Nähte entfernt; gute Heilung.

Am 26. Oktober. Seit gestern Abend fängt Patient an zu brechen, ohne fäkulanten Geruch. Stuhlgang seit der Operation keinen. Abdomen wenig aufgetrieben. Patient ist noch mehr heruntergekommen.

27. Oktober. Das Brechen hat sich vermehrt. Abdomen stark aufgetrieben. Patient ist sehr schwach. Exitus an Collaps, Morgens früh.

Sektion. 27. Oktober 1889, 11¹/₂ Uhr Mittags:

Kind mit operirter, gut geheilter Hasenscharte. Abdomen stark aufgetrieben. Bauchdecken gespannt, grünlich gefärbt. Im Abdomen keinen Erguß. Die Dünndarmschlingen stark aufgetrieben. Die Erweiterung besonders stark in den unteren Schlingen des Ileum.

Der untere Theil des Ileum ist in den untersten Theil desselben und in das Coecum hinein eingestülpt. Die intussuscepte, stark geschwellte Partie reicht bis 8 cm unterhalb der valvula ileo-coecalis. Der Beginn der Einstülpung ist 3 cm oberhalb der Klappe.

Das Coecum ist blau verfärbt und durch den eingestülpten Theil stark aufgetrieben. Ebenfalls der unterste Theil des Ileums zeigt große Auftreibung. Unterhalb der Invagination ist der Dickdarm eng.

Im *Magen* flüssiger, gallig gefärbter Inhalt, ebenso im *Dünndarm* in reichlicher Menge.

Im *Dickdarm* etwas chokoladefarbiger, schleimiger Inhalt.

Schleimhäute des Magens und Dünndarmes ohne bemerkenswerthe Veränderung.

Schleimhaut des Dickdarmes etwas oedematös und roth.

Lungen wenig retrahirt; großer Luft-, geringer Blutgehalt.

Die rechte Lungenspitze im Zustande rother Hepatisation.

Herz nichts Besonderes. *Nieren* normal. *Leber* fleckig gefärbt.

Diagnose: *Incarceratio Ilei* durch *Invagination*. *Hepatisation der rechten Lungenspitze*.

II. Nr. 40. J., Friedrich. Aufgenommen den 18. April 1889. Patient ist zwei Jahre alt und wird von seinem Vater wegen einer Hasenscharte in's Spital gebracht. Schon der Großvater der Mutter soll ebenfalls eine Hasenscharte gehabt haben. Weiteres nicht bekannt.

Status: Rechtsseitige vollständige Hasenscharte. Gaumenspalte rechts vollständig, links nichts, nur Spaltung des weichen Gaumens. Kind sonst gut genährt. Kein Katarrh, keine Diarrhöen.

Operation am 15. Mai 1889. Zurücklagerung des Zwischenkiefers mit Meißel. Lippenoperation nach Girard.

16. Mai. Entfernung der Insektennadel, die durch die Lippe gesteckt worden.

17. Mai. Entfernung der Hautnähte. Erneuerung des Collodialstreifens.

23. Mai. An der rechten Seite der Nase hat die Insektennadel durch die Nase durchgeschnitten, dieselbe wird entfernt. Oben unter der Nase keine Vereinigung per primam.

6. Juni. Patient wird entlassen. Der Winkel unter der Nase ist nicht vereinigt, die Lippe ist gut. Die Stelle, wo die Nasennadel durchgeschnitten, ist wieder geschlossen.

III. Nr. 41. Ch., Georges. Aufgenommen den 27. April 1889. Ziemlich schwach. Linksseitige Hasenscharte. Unter der Nase noch eine

schmale Brücke erhalten. Links Spaltung des harten und weichen Gaumens. Heredität nichts bekannt.

Operation am 7. Juni 1889 nach *Girard*.

8. Juni. Entfernung der Lippennadel.

9. Juni. Entfernung der Hautnähte.

23. Juni. Keine vollständige Prima, erreicht jedoch vollständige Verwachsung. Patient wird geheilt entlassen.

IV. Nr. 42. W., Marie. Aufgenommen den 6. Mai 1889. 2¹/₂ Monate altes, gut genährtes Kind. *Anamnese* ergibt nichts Neues.

Status: Linksseitige Hasenscharte. Spaltung des vorderen Kiefertheiles. Keine Gaumenspalte.

Operation am 28. Mai 1889 nach *Girard*.

29. Mai. Entfernung der Lippennadel.

30. Mai. Entfernung der Hautnähte.

4. Juni. Entfernung der Nasennadel.

10. Juni. Entlassung des Patienten mit sehr gutem Resultat. Heilung per primam erfolgt. Behandlung wie gewöhnlich.

V. Nr. 43. Br., Herrmann. Aufgenommen den 13. Mai 1889. Vier Monate alt. *Anamnese*: Patient ist verwandt mit Fritz J. Die Mütter sind Cousinen.

Status: Rechtsseitige Hasenscharte und vollständige Gaumenspalte. Links Spaltung des weichen Gaumens, ganz wie bei Nr. 40, nur sind die Lippenreste etwas höher.

Operation am 18. Mai 1889 nach *Mirault*. Zwischenkiefer wird, wie gewöhnlich, zurückgeknickt.

19. Mai. Entfernung der Lippennadel.

20. Mai. Entfernung der Hautnähte. Die Lippennähte haben nicht gehalten, nur das Läppchen nach *Girard*. Collodiumverband, der alle zwei Tage erneuert wird.

23. Mai. Entfernung der Nasennadel.

13. Juni. Operation der Lippenspalte. Dieselbe wird nach Hagedorn gemacht, so daß eine vollkommene Modifikation nach *Girard* resultirt.

18. Juli. Entfernung der Nähte. Heilung.

24. Juli. Patient wird geheilt entlassen.

VI. Nr. 44. L., Ernst. Aufgenommen den 24. Juli 1889. Zwei Monate altes, ziemlich gut genährtes Kind. Keinen Katarrh.

Status und Anamnese: Keine Hasenscharten in der Familie. Rechtsseitige, totale Hasenscharte mit vollständiger Gaumenspalte.

Operation am 3. Juli 1889 nach *Girard*.

4. August. Entfernung der Lippennadel.

5. August. Entfernung der Hautnähte. Vollkommene Prima. Collodiumverband.

13. August. Patient vollständig geheilt entlassen.

VII. Nr. 45. W., Hans. Aufgenommen am 24. Juli 1889.

Anamnese fördert nichts Neues zu Tage.

Status: Linksseitige Hasenscharte, unter der Nase noch eine kleine Brücke. Gaumenspalte links, nur die Hälfte des harten Gaumens betreffend.

Operation am 16. Juli 1889 nach *Girard*.

17. Juli. Entfernung der Lippennadel.

19. Juli. Infektion. Nähte zum Theil durchgeschnitten. Eiterung. Ein Stück der Lippe scheint necrotisch geworden zu sein.

21. Juli. Verbandwechsel.

24. Juli. Oben und unten Vereinigung. In der Mitte eine Fistel. Dieselbe wird mit Argent nitr. betupft.

26. Juli. Verbandwechsel.

30. Juli. Der Defekt ist durch Granulation zusammengeheilt und beginnt sich zu überhäuten.

3. August. Vollständige Uebernarbung. Patient soll sich in einem Jahre wieder zur Korrektion vorstellen.

VIII. Nr. 46. S., Karl Friedrich. Aufgenommen den 18. Juli 1889. 15 Jahre alt.

Anamnese: Von sechs Brüdern und vier Schwestern hat Patient und zwei seiner Brüder Hasenscharten. In seiner aufsteigenden Verwandtschaft sind keine Hasenscharten bekannt. Die Brüder sollen ebenfalls einfache Hasenscharten haben.

Status: Rechtsseitige, unkomplizierte und unvollständige Hasenscharte.

Operation am 20. Juli 1889 nach *Mirault*. Unmittelbar nach der Operation zeigt die Lippe in der Mitte eine Einkerbung.

22. Juli. Entfernung der Insektennadel.

23. Juli. Entfernung der Hautnähte.

25. Juli. Definitive Entfernung des Collodiumstreifens. Vollständige Prima.

27. Juli. Patient wird entlassen.

IX. Nr. 47. M., Joh. Friedrich. Aufgenommen den 22. August 1889. Drei Monate alt. Ein Bruder wurde vor ca. zwei Jahren ebenfalls auf unserer Abtheilung operirt.

Status: Linksseitige, nicht ganz vollständige Hasenscharte; rechts nur eine geringe Einkerbung. Beiderseitige Gaumenspalte. Der Vomer liegt frei. Der Alveolarrand nur links gespalten.

27. September 1889. *Operation* der doppelten Lippenspalte nach *Hagedorn*. Naht nur mit Seide. Keine Insektennadeln.

29. September. Entfernung einiger Nähte.

1. Oktober. Alle Nähte entfernt. Collodiumstreifen. Prima.

15. Oktober. Entlassen.

X. Nr. 48. H., Lina. Aufgenommen am 14. Oktober 1889. 10¹/₂ Jahre alt. *Anamnese* fördert nichts Neues zu Tage.

Status: Linksseitige, unvollständige Hasenscharte, ohne Gaumenspalte.

Operation am 22. Oktober nach *Mirault*. Behandlung, wie gewohnt. Vollkommene Prima.

31. Oktober. Entlassen.

XI. Nr. 49. E., Alfred. Aufgenommen am 14. Oktober 1889. Ein halbes Jahr alt. Ziemlich gut genährtes Kind. In der Familie ist nichts von Hasenscharten bekannt. Ueber die Ursache der Mißbildung weiß die Mutter keine genauen Angaben zu machen.

Status: Linksseitige, unvollständige Hasenscharte. Doppelseitige Gaumenspalte; der Alveolarfortsatz ist nur links gespalten.

Operation am 29. Oktober 1889 nach *Mirault*. Verband wie gewöhnlich. Naht ebenfalls.

1. November. Nähte entfernt. Vollkommene Prima.

10. November. Entlassung.

XII. Nr. 50. S., Rudolf. Aufgenommen den 21. Oktober 1889. Fünf Wochen alt.

Anamnese: In der Familie nichts von Hasenscharten bekannt.

Status: Ziemlich schwaches Kind mit rechtsseitiger, unvollständiger Hasenscharte. Der Processus alveolaris ist nur rechts etwas gespalten.

Operation am 31. Oktober 1889 nach *Girard*.

1. November. Entfernung der Lippennadel.

2. November. Entfernung der Nähte. Ein Dritttheil der Lippe von der Nase an gerechnet ist nicht verheilt; nach unten vollständige Verklebung. Behandlung wie immer.

20. November. Der Defekt hat sich soweit geschlossen, daß nur noch eine kleine Spalte übrig bleibt. Patient wird mit der Weisung entlassen, in einem halben Jahre sich wieder zu zeigen.

XIII. Nr. 51. B., Friedrich. Aufgenommen den 4. November 1889. Vier Monate alt.

Anamnese: Die Mutter des Patienten weiß nichts von Hasenscharten in der Familie. Ursache der Mißbildung: Furcht vor einer Katze während der Schwangerschaft circa im sechsten Monate.

Status: Rechtsseitige Hasenscharte. Processus alveolaris rechts gespalten. Der harte Gaumen nur links im hinteren Theile gespalten; rechtsseitig eine unvollständige Gaumenspalte. Kind ziemlich schwach.

Operation am 26. November 1889 nach *Girard*. Schon bei der Operation wird bemerkt, daß der mediane Lappen ziemlich klein und schlecht entwickelt ist, jedoch wird gleichwohl der Versuch der Anlegung desselben in das Lippenroth gemacht.

27. November. Entfernung der Lippennadel.

28. November. Entfernung der Hautnähte. Der Girard'sche Lappen ist gangränös geworden, doch ist trotz diesem Umstande die Lippenincision beinahe verheilt.

2. Dezember. Entfernung der Nasennadel.

3. Dezember. Das Nasenloch rechts ist weiter als links. Die Anfrischung scheint demzufolge wenig genützt zu haben. Es wird eine Nachoperation für das rechte Nasenloch vorausgesehen. Lippenverwachsung vollständig. Resultat trotz gangränösem Lappen sehr zufriedenstellend.

24. Dezember. Patient wird entlassen.

XIV. Th., Mathilde. Aufgenommen den 19. Dezember 1889. Drei Monate alt.

Status: Schwächliches Kind mit linksseitiger, unvollständiger, nicht komplizirter Hasenscharte. Nichts derartiges in der Familie. Mutter weiß keinen Grund anzugeben für die Mißbildung.

Operation den 30. Dezember 1889 nach *Mirault*.

2. Januar 1890. Entfernung der Nähte. Prima. Verband wie gewohnt.

6. Januar. Entlassen.

Nr.	Name	Alter	Art der Lippenspalte	Operations- Methode	Verpflegungs-Tage	Erfolg	Bemerkungen
1883							
1	Z., Christian	3 Monate	lab. leporin. duplex complicat.	Mirault	48	geheilt	lebt.
1884							
2	R., Lina	4	" " non complicat.	Hagedorn	41	"	"
3	B., Johann	4	" " sinistr. " "	Hagedorn	40	"	"
4	L., Bertha	5	" " complicat.	Hagedorn	41	"	† 5 Monate nach der Operation. Lungen- entzündung. 14./III. 86.
1885							
5	L., Louise	5	" " duplex " "	Hagedorn	43	"	lebt.
6	W., Friedrich	2	" " dextr. partiale non com- plicat.	Mirault	14	"	"
7	O., Constantine	21 Jahre	" " duplex complicat.	Hagedorn	25	"	"
8	Fr., Rosa	6 Monate	" " sinistr. totale complicat.	Hagedorn-Girard	9	"	† 11./VIII. 85. 1 Monat nach der Opera- tion. Magendarmkatarrh.
9	L., Johann	5	" " non complicat.	Mirault	7	"	lebt.
10	J., Alice	3	" " duplex " "	Hagedorn	66	"	"
11	Ac., Rosette	6	" " sinistr. " "	Mirault	13	"	"
1886							
12	v. L., Benedikt	14 Tage	" " totale non complicat.	Mirault	42	"	"
13	D., Emma	1 Monat	" " complicat.	Mirault	31	"	"
14	H., Louise	1 Jahr	" " duplex " "	Hagedorn	17	"	"
15	G., Jacob	8 Monate	" " sinistr. " "	Hagedorn-Girard	51	"	"
16	B., Maria	3	" " dextr. " "	Hagedorn-Girard	12	"	"
17	R., Hermann	4	" " sinistr. " "	Hagedorn-Girard	19	"	"
18	S., Johann	3	" " " "	Hagedorn-Girard	24	"	"
19	A. R., Johann	2	" " partiale non compl.	Mirault	25	"	† 17./VIII. 86. 1 Monat nach der Operation. [Croup.]
20	H., Werner	3	" " " "	Mirault	9	"	† 5./IX. 87. Gicht und Ruhr.
21	S., Maria	2	" " totale complicat.	Mirault	62	"	lebt.
22	S., Emil	5	" " partiale non compl.	Mirault	13	"	† 27./X. 89. Invagination. 4 Tage nach der Operation.
23	S., Ida	7 Wochen	" " " "	Mirault	26	"	lebt.

1887		4 Monate	lab. leporin.	sinistr. complicat.	Mirault	23	geheilt	lebt.
24	F., Karl	3	"	dextr.	Hagedorn	14	"	"
25	M., Ernst	2 1/2	"	sinistr. totale complicat.	Hagedorn-Girard	76	"	"
26	S., Fritz	10	"	duplex complicat.	Hagedorn-Girard	24	"	† 26./V. 89. 23 Monate nach der Operation.
27	G., Bertha	4 Jahre	"	"	Hagedorn-Girard	39	"	lebt.
28	S., Oscar	5 Monate	"	sinistr. non complicat.	Mirault	29	"	"
1888								
30	Z., Louis	5	"	partiale non compl.	Mirault	17	"	"
31	L'E., Reynold	3	"	duplex totale complicat.	Hagedorn	60	"	"
32	Tr., Elisabeth	9	"	sinistr. non complicat.	Mirault	25	"	lebt. Nachoperation am Lippensaum.
33	G., Walther	6	"	duplex totale	Hagedorn-Girard	35	"	*bis auf Septum. - † 23./XI. 88. 5 Monate
34	H., Martin	1	"	sinistr.	Hagedorn-Girard	17	"	lebt. [nach der Operation.
35	L., Jacob	3	"	dextr. complicat.	Hagedorn-Girard	12	"	"
36	Br., Louise	1	"	sinistr.	Esmarch	36	"	"
37	K., Robert	1	"	"	Hagedorn-Girard	35	"	Silberdraht. Nachoperation am Nasen-
38	St., Johann	4	"	dextr.	Hagedorn-Girard	20	"	[flügel.
1889								
39	P., Elise	7	"	sinistr. non complicat.	Mirault	18	"	"
40	J., Friedrich	2 Jahre	"	dextr. totale	Hagedorn-Girard	49	"	* (v. Krankengeschichte.)
41	Ch., Georges	3 Monate	"	sinistr. partiale	Hagedorn-Girard	59	"	"
42	W., Marie	2 1/2	"	totale	Hagedorn-Girard	40	"	"
43	Br., Hermann	4	"	dextr.	Mirault	74	"	"
44	L., Ernst	2	"	"	Hagedorn-Girard	52	"	"
45	W., Hans	4	"	sinistr. partiale	Hagedorn-Girard	46	"	"
46	L., Karl	15 Jahre	"	dextr. partiale non compl.	Mirault	10	"	"
47	H., Joh. Fried.	3 Monate	"	duplex. sinistr. totale	Hagedorn	54	"	* (in einem Jahr zur Korrektion.)
48	H., Lina	10 1/2 Jahre	"	dextr. partiale complic.	Mirault	17	"	"
49	E., Alfred	6 Monate	"	sinistr. partiale complic.	Mirault	27	"	"
50	S., Rudolf	3 Wochen	"	dextr. complicat.	Hagedorn-Girard	33	"	Nachoperation vorausgesehen.
51	Bgl., Fried.	4 Monate	"	totale complicat.	Hagedorn-Girard	54	"	Id.
52	Th., Mathilde	3	"	sinistr. partiale non complicat.	Mirault	18	"	"
Durchschnitt 32,4						1686		

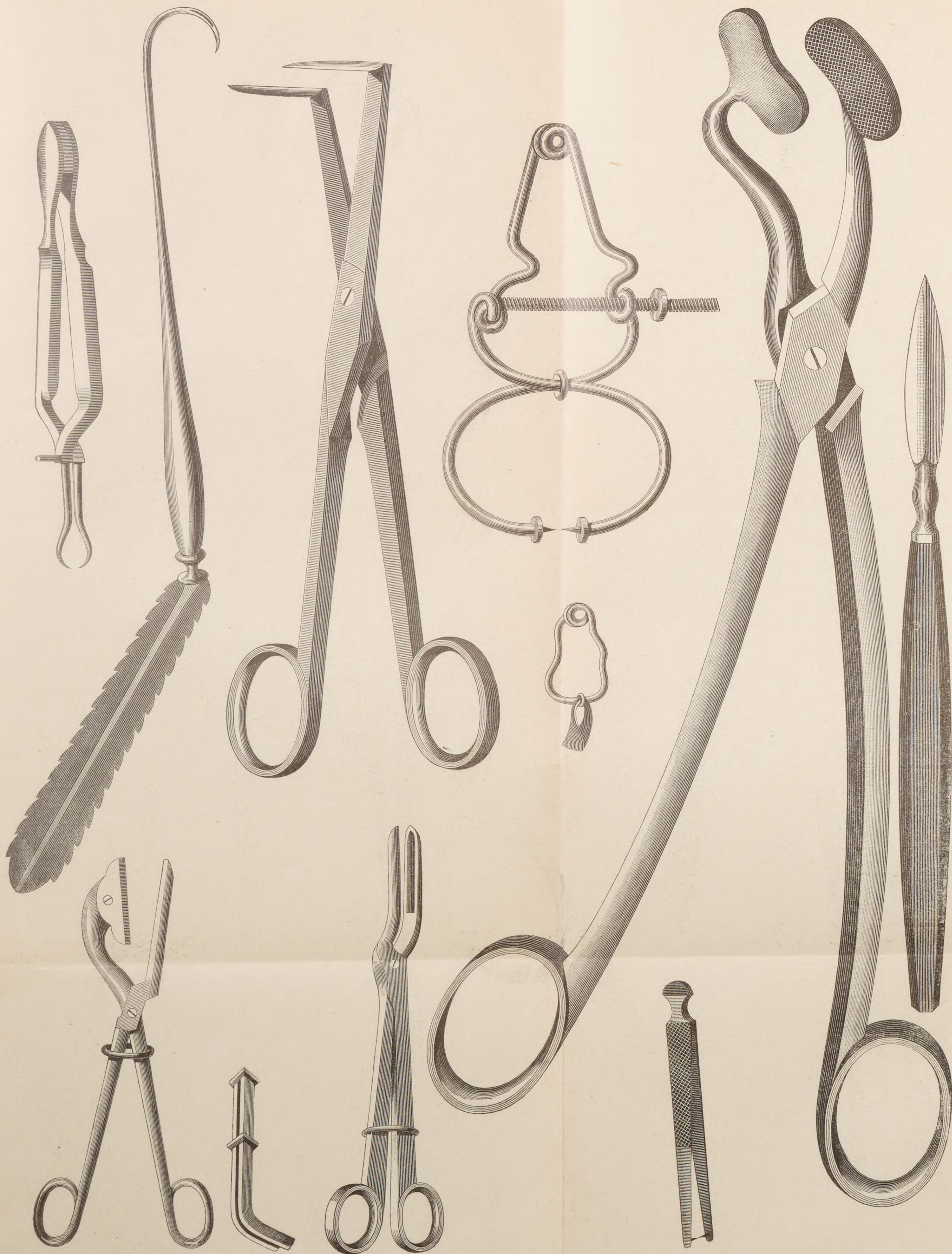


Fig. I.

Bein, Georg

Zweiundfünfzig Fälle von Hasenscharten

Bern 1890

Diss.med. 243-35

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11596961-1